

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1957

THÈSE

720 N° 985 H

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**LAVEDRINE Jean, Michel,**

Né le 28 Janvier 1927, à Paris.

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

DE L'UNIFICATION DES BARÈMES  
EN INVALIDITE

---

Président : M<sup>r</sup> PIEDELIÈVRE, Professeur.

---

Ets. GERMAIN  
9, Rue Dupuytren  
PARIS-VI<sup>e</sup>  
1957



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : ..... LAVEDRINE  
Prénoms : ..... Jean, Michel

Date de la soutenance : .....  
Numéro d'ordre : ..... 985 H

|                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>LAVEDRINE Jean, Michel.-<br/>DE L'UNIFICATION DES BAREMES<br/>EN INVALIDITE.</p> <p>Paris, GERMAIN, 1957, in-8°,<br/>99 pages.</p> <p>(Thèse Méd. (Etat), Paris,<br/>1957, N° ..... ).</p> | <p>LAVEDRINE Jean, Michel.-<br/>DE L'UNIFICATION DES BAREMES<br/>EN INVALIDITE.</p> <p>Paris, GERMAIN, 1957, in-8°,<br/>99 pages.</p> <p>(Thèse Méd. (Etat), Paris,<br/>1957, N° ..... ).</p> |
| <p>LAVEDRINE Jean, Michel.-<br/>DE L'UNIFICATION DES BAREMES<br/>EN INVALIDITE.</p> <p>Paris, GERMAIN, 1957, in-8°,<br/>99 pages.</p> <p>(Thèse Méd. (Etat), Paris,<br/>1957, N° ..... ).</p> | <p>LAVEDRINE Jean, Michel.-<br/>DE L'UNIFICATION DES BAREMES<br/>EN INVALIDITE.</p> <p>Paris, GERMAIN, 1957, in-8°,<br/>99 pages.</p> <p>(Thèse Méd. (Etat), Paris,<br/>1957, N° ..... ).</p> |



FAKULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1957

N° 985 H

# THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

**LAVEDRINE Jean, Michel,**

Né le 28 Janvier 1927, à Paris.

---

*Présentée et soutenue publiquement le*

---

## DE L'UNIFICATION DES BARÈMES EN INVALIDITÉ

---

Président : M<sup>r</sup> PIEDELIÈVRE, Professeur.

---

Ets. GERMAIN

9, Rue Dupuytren

PARIS-VI<sup>e</sup>

1957

Digitized by the Internet Archive  
in 2026

DOYEN HONORAIRE :  
M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BENARD (H.), BROCC (P.), CADENAT,  
CARNOT, CHABROL, CHAMPY, CHEVASSU, DEBRE (R.),  
DELBET, DONZELOT, GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN,  
HARVIER, LAROCHE (G.), LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,  
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,  
MONDOR, MULON, OLIVIER (E.), RICHTER (Ch.), SANNIE,  
SEZARY, TANON, VELTER.

DOYEN :..... Léon BINET,  
Membre de l'Institut.

ASSEESSEUR :..... Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

|                                                                  | MM.                          |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Anatomie .....                                                   | CORDIER (G.)                 |
| Anatomie pathologique .....                                      | DELARUE (A.)                 |
| Bactériologie .....                                              | FASQUELLE (R.)               |
| Biologie appliquée à l'Education<br>physique et aux Sports ..... | CHAILLEY-BERT (P.)           |
| Biologie médicale .....                                          | FAUVERT (R.)                 |
| Cancérologie médicale et sociale .....                           | BERNARD (J.)                 |
| Chimie médicale .....                                            | JAYLE (M.F.)                 |
|                                                                  | (Hôtel-Dieu MENE GAUX        |
| Cliniques chirurgicales (Beaujon .....                           | SICARD (A.)                  |
|                                                                  | (Salpêtrière MOULONGUET (P.) |
|                                                                  | (Cochin QUENU (J.)           |
| Clinique chirurgicale réparatrice<br>et orthopédique .....       | MERIE D'AUBIGNE (R.)         |
| Clinique de cardiologie .....                                    | MOUQUIN (M.)                 |
| Clinique de chirurgie cardio-<br>vasculaire .....                | de GAUDART d'ALLAINES        |

MM.

|                                                                               |                       |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Clinique de chirurgie infantile<br>et d'orthopédie .....                      | FEVRE (M.)            |
| Clinique de chirurgie pleuro-<br>pulmonaire .....                             | MONOD (R.)            |
| Clinique de la tuberculose .....                                              | BERNARD (E.)          |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                             | PETIT-DUTAILLIS (D.)  |
| Clinique de puériculture .....                                                | LELONG (M.)           |
| Clinique des maladies cutanées<br>et syphilitiques .....                      | DEGOS (R.)            |
| Clinique des maladies du sang .....                                           | CHEVALLIER (P.)       |
| Clinique des maladies du système<br>nerveux .....                             | ALAJOUANINE (T.)      |
| Clinique des maladies des enfants .....                                       | CATHALA               |
| Clinique des maladies infectieuses .....                                      | MOLLARET (P.)         |
| Clinique des maladies mentales et<br>de l'encéphale .....                     | DELAY (J.)            |
| Clinique gynécologique .....                                                  | FUNCK-BRENTANO (P.)   |
| (Hôtel-Dieu .....                                                             | BARIETY (M.)          |
| Cliniques médicales (Bichat .....                                             | JUSTIN-BESANÇON       |
| (Cochin .....                                                                 | MOREAU (R.)           |
| (Broussais .....                                                              | DE GENNES (L.)        |
| Clinique médicale d'hydro-<br>climatologie thérapeutique .....                | DEBRAY                |
| Clinique médicale propédeutique .....                                         | PASTEUR VALLERY-RADOT |
| Clinique médico-sociale du diabète<br>sucré et des mal. de la nutrition ..... | BOULIN (R.)           |
| (Tarnier .....                                                                | LANTUEJOUL (P.)       |
| Cliniques obstétricales (Baudelocque .....                                    | LACOMME (M.)          |
| (Port-Royal .....                                                             | VARANCOT              |
| Clinique ophtalmologique .....                                                | RENARD                |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                                       | AUBIN (A.)            |
| Clinique physio-pathologique des<br>problèmes alimentaires .....              | HAMBURGER             |
| Clinique psychiatrique infantile .....                                        | HEUYER (C.)           |
| Clinique rhumatologique et sociale .....                                      | COSTE (F.)            |
| Clinique stomatologique .....                                                 | DECHAUME (M.)         |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                                     | SENEQUE (J.)          |
| Clinique thérapeutique médicale .....                                         | LEMAIRE (A.)          |
| Clinique urologique .....                                                     | FEY (B.)              |
| Embryologie .....                                                             | GIROUD (A.)           |
| Génétique médicale .....                                                      | LAMY (M.)             |
| Histoire de la médecine et de la<br>chirurgie .....                           | SOULIE                |
| Histologie .....                                                              | VERNE (J.)            |

MM.

|                                                                                    |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                                   | TURPIN           |
| Hygiène et médecine préventive .....                                               | JOANNON (C.)     |
| Médecine du Travail .....                                                          | DESOILLE (H.)    |
| Médecine légale .....                                                              | PIEDELIEVRE (R.) |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                                 | GALLIARD (H.)    |
| Pathologie chirurgicale .....                                                      | N...             |
| Pathologie exotique .....                                                          | LAVIER (G.)      |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                                         | LENEGRE (J.)     |
| Pathologie humorale et immunologie, expérimentale (chaire à titre personnel) ..... | MERKLEN (F.P.)   |
| Pathologie médicale .....                                                          | DECOURT          |
| Pathologie et thérapeutique gén. ....                                              | GARCIN (J.)      |
| Pédiatrie sociale .....                                                            | MARIE (J.)       |
| Pharmacologie et matière médicale .....                                            | HAZARD (R.)      |
| Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel) .....                           | DOGNON (A.)      |
| Physiologie .....                                                                  | BINET (L.)       |
| Physique médicale .....                                                            | STROHL (A.)      |
| Radiologie médicale .....                                                          | DESCREZ (H.)     |
| Technique chirurgicale .....                                                       | PATEL            |
| Thérapeutique .....                                                                | N...             |

## II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE

### MAITRES DE CONFÉRENCES-AGREGÉS et AGREGÉS

MM.

|                             |                                                                                                   |
|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Anatomie .....              | ( DELMAS (A.)<br>pr.s.ch.<br>DEBEYRE (J.)<br>OLIVIER<br>CABROL (C.)<br>GAUTHIER-VILLARD (Mlle P.) |
| Anatomie pathologique ..... | ( Pr. s. ch.<br>BUSSE (F.)<br>GOUYGOU (Ch.)                                                       |
| Bactériologie .....         | ( NEVOT (A.)<br>CHRISTOL (D.)                                                                     |
| Biochimie médicale .....    | ( ETTOTI (J.), pr.s.ch.<br>N...<br>N...                                                           |
| Biologie médicale .....     | BOURLIERE (F.)                                                                                    |

MM.

|                                    |                           |
|------------------------------------|---------------------------|
| Dermato-syphiligraphie .....       | DUPERRAT (F.)             |
| Embryologie .....                  | TUCHMANN                  |
|                                    | ( N...                    |
| Histologie .....                   | ( N...                    |
|                                    | ( N...                    |
| Hydrologie .....                   | CORNET                    |
| Hygiène .....                      | ( BOYER (J.), Pr. s. ch.  |
|                                    | ( DEPARIS (M.), Pr. s.ch. |
| Maladies infectieuses .....        | BASTIN                    |
|                                    | (DEROBERT (L.), Pr.s.ch.  |
| Médecine légale & du travail ..... | (GAULTIER (M.)            |
|                                    | (HADENGUE (A.)            |
|                                    | (HALBAHARY                |
| Neurochirurgie .....               | DAVID (M.)                |
| Neurologie .....                   | LHERMITTE                 |
|                                    | ( GRASSET (J.)            |
|                                    | ( LEPAGE (F.)             |
|                                    | ( MERGER (R.)             |
| Obstétrique .....                  | ( MORIN (P.)              |
|                                    | ( RAVINA (J.)             |
|                                    | ( ROBEY (M.)              |
|                                    | ( LE LORIER               |
|                                    | (DESVIGNES (P.)           |
| Ophthalmologie .....               | (BREGEAT                  |
| Orthopédie .....                   | JUDET (R.)                |
| Oto-rhino-laryngologie .....       | ( AUBRY (M.)              |
|                                    | ( MADURO (R.)             |
| Parasitologie .....                | (CHABAUD (A.)             |
|                                    | (N...                     |
|                                    | ( ABOULKER (P.)           |
|                                    | ( BAUMANN (J.)            |
|                                    | ( GOSSET (J.)             |
|                                    | ( LAURENCE (G.)           |
| Pathologie chirurgicale .....      | LORTAT-JACOB (J.)         |
|                                    | ( OLIVIER (Cl.)           |
|                                    | ( POILLEUX (F.)           |
|                                    | ( VERNE (J.M.)            |
|                                    | DUBOST                    |
|                                    | MATHEY                    |
|                                    | FLABEAU                   |
|                                    | CAUCHOIX                  |
|                                    | FAUREL                    |
|                                    | BARCAT                    |
|                                    | GERMAIN                   |
|                                    | ( THOMERET                |

|                               |     |                           |
|-------------------------------|-----|---------------------------|
| Pathologie expérimentale..... | MM. |                           |
|                               | (   | LOEPER (M.)               |
|                               | (   | MAURICE                   |
|                               | (   | BOUDIN (G.)               |
|                               | (   | CASTAIGNE (P.)            |
|                               | (   | CONTE (M.)                |
|                               | (   | DOMART (A.)               |
|                               | (   | LAMOTTE (M.)              |
|                               | (   | LAROCHE (Cl.)             |
|                               | (   | MILLIEZ (P.)              |
|                               | (   | PEQUIGNOT (H.)            |
|                               | (   | PERRAULT (M.)             |
|                               | (   | RAMBERT (P.)              |
|                               | (   | THIEFFRY (St.)            |
|                               | (   | TURIAF (J.)               |
| Pathologie médicale.....      | (   | BRICAIRE                  |
|                               | (   | ROYER                     |
|                               | (   | BRISSAUD                  |
|                               | (   | DEROT                     |
|                               | (   | BOUVIER                   |
|                               | (   | MACREZ                    |
|                               | (   | WOLFROMM                  |
|                               | (   | JOSEPH (R.)               |
|                               | (   | MOZZICONACCI (P.)         |
|                               | (   | POLONOVSKY (Cl.)          |
| Pédiatrie .....               | (   | CHEYMOL (J.), Pr. s. ch.  |
| Pharmacologie .....           | (   | LEVY (Mlle), Pr. s. ch.   |
|                               | (   | BARJETON (D.), Pr. s. ch. |
|                               | (   | PARROT (J.), Pr. s. ch.   |
| Physiologie .....             | (   | DEJOURS (P.)              |
| Physique médicale .....       | (   | DJOURNO (A.), Pr. s. ch.  |
|                               | (   | GOUGEROT (L.)             |
| Pneumo-phtisiologie .....     | (   | KREIS (B.)                |
| Psychiatrie .....             | (   | PICHOT                    |
| Psychiatrie infantile .....   | (   | MICHAUX (L.)              |
| Rhumatologie .....            | (   | DELBARRE                  |
| Stomatologie .....            | (   | CHAPUT (Mme A.)           |
|                               | (   | CERNEA (P.)               |
| Thérapeutique .....           | (   | CHASSAGNE                 |
| Urologie .....                | (   | KUSS (R.)                 |

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES  
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE  
à titre permanent.

|                                |                           |
|--------------------------------|---------------------------|
|                                | MM.                       |
|                                | ( AMELINE (A.)            |
|                                | ( HUGUIER (J.)            |
| Clinique chirurgicale .....    | ( LEGER (L.)              |
|                                | ( PADOVANI (P.)           |
|                                | ( ROUX (M.)               |
|                                | ( RUDLER (J.C.)           |
|                                | ( BROUET (G.)             |
|                                | ( N...                    |
| Clinique médicale .....        | ( DREYFUS (Gilbert)       |
|                                | ( HAGUENAU (M.), Pr.s.ch. |
|                                | ( KOURILSKY (R.)          |
|                                | ( MARCHAL (G.)            |
| Clinique obstétricale .....    | ( ECALIE (G.)             |
|                                | ( MAYER (M.)              |
| Clinique ophtalmologique ..... | OFFRET (G.)               |
| Clinique urologique .....      | COUVELAIRE (R.)           |

---

Secrétaire général de la Faculté M. MOREL (J.)  
Secrétaire ..... Mlle CHAINTREUIL (G.)

---

Conservateur, chargé de la direction Docteur HAHN (A.)  
Conservateur..... Mlle GOICHON

---

( Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.)  
Bibliothécaires ..... ( LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

---

Par délibération en date du 9 Décembre 1798,  
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les  
dissertations qui lui seront présentées doivent  
être considérées comme propres à leurs auteurs et  
qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni  
improbation.

---

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME, A MES FILLES

A MA SŒUR ET A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE

Professeur de Médecine légale,  
Membre de l'Académie de Médecine,  
Médecin Expert près des Tribunaux,  
Commandeur de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand  
honneur d'accepter la prési-  
dence de cette thèse.

Hommages très respectueux.

A Monsieur le Professeur GAULTIER,  
Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris,  
Médecin Expert près des Tribunaux,

Qui nous a fait l'honneur de nous accueillir dans son cabinet et de guider nos recherches sur des points importants.

Hommages respectueux.

A Monsieur René CHANCEREL,  
Docteur en Droit,

En le remerciant de nous  
avoir inspiré cette thèse et  
en lui exprimant toute notre  
reconnaissance pour l'accueil  
qu'il nous a toujours réservé  
et les conseils qu'il a bien  
voulu nous prodiguer.

A Monsieur le Docteur -TANRET,  
Médecin des Hôpitaux de Paris.

A Monsieur le Docteur BORDET,  
Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph.

A Monsieur le Docteur BRONGNIART,  
Médecin de l'Hôpital Saint-Joseph.

DE L'UNIFICATION DES BAREMES EN INVALIDITE

---

## I n t r o d u c t i o n

---

Si le terme de barème en invalidité est relativement récent, la notion n'en est pas nouvelle. Elle existait déjà probablement dans le monde romain. Et Louis XIV n'avait-il pas fait construire les INVALIDES dans le but de réparer, dans une certaine mesure, les dommages subis par les victimes de ses campagnes ?

Dans "Barèmes chez les flibustiers aux Iles de la Tortue", Monsieur le Professeur PIEDELIEVRE a montré que ces pirates envisageaient déjà une réparation pour les accidents survenant à l'un des leurs ; et il est assez curieux d'y voir que le charpentier n'était pas indemnisé comme le matelot, et que le prix de la réparation d'un membre était différent s'il s'agissait du droit ou du gauche.

L'idée de barème et de réparation ne date donc pas d'hier.

Nous ne faisons ici que la reprendre.

Dans cette étude, après avoir rappelé l'évolution importante qui s'est faite dans la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles depuis 1898, nous envisagerons leur réparation à la lumière des textes nouveaux rassemblés dans le Code de la Sécurité Sociale de Décembre 1956.

Le cas des barèmes utilisés dans les compagnies d'assurances et ceux concernant les fonctionnaires sera analysé.

C'est dans cette réparation que le rôle du méde-

cin est primordial. Dans ce domaine, il n'a pas seulement un diagnostic à faire, un traitement à prescrire. Il doit en outre se prononcer sur l'époque de consolidation de la blessure et évaluer la diminution de capacité de travail d'où, indirectement, à évaluer le prix de la réparation de l'accident.

Nous terminerons par une revue rapide de quelques législations étrangères.

---

LEGISLATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL  
& MALADIES PROFESSIONNELLES EN FRANCE.

---

DEFINITION de l'ACCIDENT DE TRAVAIL

En ce qui concerne l'accident du travail, la loi française, à l'origine, indique seulement qu'elle s'applique aux sinistres survenus "par le fait ou à l'occasion du travail". Elle ne précise pas ce qu'il faut entendre par accident. La définition de THONOT, une des premières du genre, parfaite au point de vue médical, s'est imposée tout d'abord : toute blessure externe, toute lésion chirurgicale, toute lésion médicale, tout trouble psychique (avec ou sans lésion corporelle concomitante) résultant de l'action soudaine extérieure intervenant pendant le travail ou à l'occasion du travail ; et toute lésion interne déterminée par un effort violent dans les mêmes circonstances. RECLUS a condensé cette définition dans les termes suivants : tout événement imprévu et soudain, survenu du fait ou à l'occasion du travail, et qui provoque dans l'organisme une lésion ou un trouble fonctionnel permanent ou passager.

Cette notion de violence et d'immédiat s'est atténuée dans les législations successives. Lorsque l'organisme n'a pas été atteint par une violence extérieure, c'est-à-dire lorsque l'ouvrier n'a été soumis ni à un choc, ni à l'action du froid, de la chaleur, du courant électrique, il n'en résulte pas que tout "Accident" doive être écarté. De toutes manières, quand on parle d'accident il s'agit de la

cause, et toute lésion qui se produit dans un accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail doit être considérée, sauf preuve contraire, comme résultant de cet accident.

La définition de M. SACLET fait la transition avec la définition actuelle. "Tous les accidents, dit SACLET, dont les ouvriers sont victimes à l'heure actuelle ou sur les lieux du travail (hormis ceux causés par les forces de la nature), sont régis par la loi du 9 Avril 1898. Ceux de ces accidents qui sont dus aux forces de la nature ne sont régis par la loi que si le travail a contribué à mettre ces forces en mouvement ou à en aggraver les effets".

Il ressort de toutes ces définitions, et ceci d'une manière évidente, qu'est considéré comme accident du travail celui survenant uniquement sur le lieu du travail.

C'est un pas important qu'a franchi la nouvelle législation en y incorporant également le trajet. Voici la définition codifiée dans les textes du 10 Décembre 1956 :

"Est considéré comme accident du travail, quel que qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée, ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprises. Est également considéré comme accident de travail l'accident survenu aux travailleurs pendant le trajet de la résidence au lieu de travail et vice versa, dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de leur emploi."

Cette définition, qui représente une évolution considérable par rapport à celles antérieures, ne fait plus état du caractère soudain et violent de la cause : elle comprend dans son champ d'application tous les travailleurs salariés ; enfin, elle fait entrer les accidents du trajet dans le cadre des

accidents du travail, et ceci est une notion nouvelle et fort importante. Désormais, le travailleur est protégé dès l'instant que, quittant sa résidence, il se met en route vers son lieu de travail. Les moyens de transport qu'il utilisera pour accomplir ce trajet entrent dans le cadre de la définition. La notion d'accident de trajet a été traitée dans de nombreuses décisions de justice. Actuellement, il semble qu'elle se limite purement à la définition donnée ci-dessus et n'ait pas tendance à s'étendre.

### DROIT COMMUN et ACCIDENT DU TRAVAIL

Jusqu'en 1898, le droit commun régissait l'indemnisation des accidents du travail comme celle de tous les dommages. Mais, conformément aux articles 1832 et suivants du Code civil, l'ouvrier blessé devait intenter un procès et prouver devant le tribunal :

- la réalité du préjudice subi,
- la faute du patron qui seule engendrait la responsabilité.

Dans un nombre de cas minimes, la faute du patron était en cause et la plupart du temps, de ce fait, le demandeur n'obtenait rien. Les rares blessés indemnisés obtenaient, il est vrai, la réparation intégrale du préjudice subi, ce qui était souvent onéreux, voire ruineux, pour les petits industriels non assurés.

L'Allemagne, dès 1884, assura tous ses ouvriers d'industrie contre les accidents, la maladie et l'invalidité due à la vieillesse.

Le législateur français chercha à donner satisfaction aux blessés sans augmenter d'une manière inquiétante les charges des patrons en élaborant une loi qui repose sur les quatre innovations suivantes:

- 1°- L'élément générateur de l'indemnité découle

du risque professionnel et non de la faute de l'employeur.

2°- L'indemnité accordée est une indemnité forfaitaire, ne correspondant pas à l'intégralité du préjudice subi.

3°- Pour solder les indemnités que ne pourraient payer les patrons imprévoyants ou insolvables, la loi institue un fonds de garantie constitué à l'aide d'une majoration de l'impôt des patentes industrielles.

4°- La procédure est simplifiée de façon à réduire la durée des procès et à permettre de régler les indemnités dans le plus grand nombre de cas en séance de conciliation devant le Président du Tribunal Civil.

Tels sont les principes qui résument l'esprit de la loi de 1898, une des plus bienfaisantes de nos lois sociales.

Le risque professionnel résume l'ensemble des dangers créés à l'ouvrier par l'exercice de sa profession, non seulement par le fait de la faute du patron, mais encore quand le blessé a commis une imprudence.

L'introduction de ce principe dans la législation des accidents du travail constitue une dérogation au droit commun d'importance considérable. Dorénavant, le blessé n'a plus à engager les frais d'un procès pour obtenir une indemnité ; et il est déchargé du fardeau de la preuve, puisqu'il ne doit plus établir que l'accident est survenu par la faute de l'employeur. Ce risque "professionnel" est devenu synonyme de risque d'"autorité" par la loi du 1er Juillet 1938.

### L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE

La notion de risque professionnel entraîne comme corollaire le principe de l'indemnité forfaitaire. Partant de données statistiques, le législa-

teur n'a accordé aux blessés qu'une réparation pécuniaire correspondant à la moitié du préjudice subi dans le cas d'incapacité partielle, aux deux tiers dans le cas d'incapacité totale.

Mais si les blessés ne sont pas indemnisés intégralement comme quelques-uns l'étaient avant 1898, tous le sont et dans des conditions plus favorables qu'on ne pourrait le croire a priori. Le forfait d'après lequel la loi ne répare que la moitié du préjudice subi, n'offre pas seulement au blessé la compensation de l'affranchir de la preuve, il permet de l'indemniser sans rechercher si l'ouvrier était bien portant ou malade avant l'accident.

La loi nouvelle, datant de 1946 et codifiée par le décret du 10 Décembre 1956, maintient en principe l'exclusion du droit commun en matière d'accident du travail. Mais elle consacre une exception importante à ce principe en cas de "Statut personnel spécial élevant le taux des indemnités". Les travaux préparatoires indiquent qu'on a voulu viser par ces mots les ouvriers des P.T.T. ou ceux des chemins de fer, mais même, en allant plus loin, toute une catégorie de travailleurs par voie de conventions collectives de travail, ou même un ouvrier lié à son patron par un contrat individuel de travail. Ainsi, en définitive, il résulte de cette disposition que les indemnités légales ne constituent plus qu'un minimum et que toute convention les majorant est licite.

La portée de l'exception est limitée aux conventions relatives au taux des indemnités. Toute dérogation à la procédure établie par la loi de 1898 serait sans efficacité.

### LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Celles-ci ne se concevaient, dans la loi de 1898, qu'en cas d'incapacité partielle de plus de quatre jours ; le demi-salaire était dû jusqu'au jour de la guérison complète ou de la consolidation

de la blessure. Toutefois, si l'incapacité de travail était supérieure à 10 jours, l'indemnité était due dès le 1er jour, la journée de travail au cours de laquelle l'accident s'était produit étant, comme actuellement, à la charge de l'employeur. Mais, en ce qui concerne l'indemnité journalière, la loi de 1946 a été plus libérale que l'ancienne. Ainsi, cette indemnité est payée à partir du premier jour qui suit l'arrêt de travail consécutif à l'accident, sans distinction entre les jours ouvrables et les dimanches et jours fériés, pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès, ainsi que dans les cas de rechute ou d'aggravation. Elle n'est pas due pour les jours non ouvrables qui suivent immédiatement la cessation du travail consécutive à l'accident, sauf dans le cas où la durée de l'incapacité est supérieure à 15 jours. Le délai de carence de quatre jours dont on parle dans la loi de 1898 avait déjà été supprimé par la loi du 1er Juillet 1938. Cette suppression a été maintenue en 1946.

Cette indemnité journalière peut être maintenue en tout ou partie au cas de reprise de travail léger autorisée par le Médecin traitant, si cette reprise est reconnue par le Médecin conseil comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure. Le montant total de l'indemnité maintenue et du salaire ne peut dépasser le salaire normal d'un ouvrier de même catégorie professionnelle, ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière. Le taux de l'indemnité journalière est, à partir du vingt-neuvième jour après celui de l'arrêt de travail consécutif à l'accident, porté de la moitié aux deux tiers du salaire. Selon la loi de 1898, le demi-salaire était dû jusqu'au jour de la guérison complète ou de la consolidation.

Allant plus loin que les législations antérieures dans ce domaine, le décret du 18 Décembre 1956 a envisagé le cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'accident, et le légis-

lateur a voulu que, dans une certaine mesure, la victime d'un accident y soit intéressée. C'est dans cet esprit que, lorsque l'interruption se prolonge au-delà de trois mois, le taux de l'indemnité journalière peut faire l'objet d'une révision. A cet effet, le salaire journalier ayant servi de base de calcul de la dite indemnité est majoré, le cas échéant, par application des coefficients de majoration fixés par arrêté du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale et des Ministres chargés du budget et des affaires économiques. Toutefois, lorsqu'il existe une convention collective de travail applicable à la profession à laquelle appartient la victime, celle-ci peut, si elle entre dans le champ d'application territoriale de cette Convention, demander que la révision du taux de son indemnité journalière soit effectuée sur la base d'un salaire journalier calculé d'après le salaire normal prévu pour sa catégorie professionnelle dans la dite convention, si cette modalité lui est favorable. La révision prend effet soit du premier jour du quatrième mois d'incapacité temporaire, soit de la date d'effet du coefficient de variation ou de la convention susvisée, si cette date est postérieure.

### LA QUESTION DES RENTES

Dans la législation ancienne, que nous rappelons brièvement, préférant nous étendre sur les données actuelles, en cas d'incapacité permanente de travail, la loi assurait à l'ouvrier une rente annuelle et viagère égale aux deux tiers de son salaire annuel si l'incapacité était totale, égale à la moitié de la réduction de salaire si l'incapacité était partielle ; la rente partait, dans les deux cas, du jour de la consolidation de la blessure.

Pour les accidents suivis de mort, la loi accordait au conjoint une rente égale à 20 % du salaire annuel de la victime. Aux enfants de moins de seize ans, une rente de 15 % du salaire annuel de la victime s'il y a un enfant, de 25 % s'il y a deux

enfants, de 35 % s'il y en a trois, de 40 % s'il y en a quatre et plus ; les rentes viagères étant incessibles et insaisissables. Le rachat de rentes était déjà envisagé pour les petites rentes, à condition que le titulaire fût majeur. Le blessé pouvait demander la révision de son indemnité en cas d'aggravation de son état, pendant trois ans à compter de la date de cessation du paiement de son indemnité temporaire ou de l'accord intervenu entre les parties ou de la décision judiciaire qui avait accordé la rente.

La loi de 1898 avait donc envisagé la question des rentes sous cette forme.

La législation moderne, si elle n'est pas différente quant au fond, se singularise dans les appréciations du taux en particulier. Que disent les textes ?

Les rentes dues aux victimes en cas d'incapacité permanente ou, en cas de mort, à leurs ayants-droit, sont calculées d'après le salaire annuel de la victime. Le code de Sécurité Sociale éclaire la question dans ses articles 452, 453, 454.

La rente due aux ayants-droit de la victime d'un accident mortel ou à la victime d'un accident ayant occasionné une réduction de capacité au moins égale à 10 % ne peut être calculée sur un salaire annuel inférieur à un minimum déterminé. D'après les coefficients de revalorisation fixés pour les pensions d'invalidité par les arrêtés pris en application de l'article 313, compte tenu des dispositions du 4<sup>me</sup> alinéa de l'article 453, si le salaire annuel est supérieur au salaire minimum susvisé et lorsqu'il s'agit de la victime de l'accident, quelle que soit la réduction de capacité subie, il n'entre intégralement en compte pour le calcul de la rente que s'il ne dépasse pas le double du dit salaire minimum. S'il le dépasse, l'excédent n'est compté que pour un tiers. Toutefois, il n'est pas tenu compte de la fraction excédant huit fois le montant du salaire minimum.

Une remarque importante est à faire à ce sujet. Lors d'une expertise, il y a lieu pour le médecin d'avoir bien présent à l'esprit le fait que, s'il accorde un taux inférieur à 10 %, fût-ce d'un demi-point, le calcul de la pension ne bénéficie pas du minimum légal. Les majorations de rente en rapport avec la revalorisation des salaires de base anciens n'ont été également accordées que pour les incapacités d'au moins 10 %. C'est ainsi qu'un ouvrier blessé avant la guerre de 1914 et titulaire d'une incapacité permanente partielle de 9 % sur la base des salaires en vigueur à cette époque, n'a pratiquement aucune indemnité. Le même ouvrier avec 10 % aurait une rente revalorisée sur la base du salaire minimum légal actuel.

Pour l'incapacité permanente, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 %, et augmenté de moitié pour la partie qui excède 50 %.

Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente, calculée comme il est dit précédemment, est majoré de 40 %. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à 200.000 francs. Ce minimum est affecté de coefficients de revalorisation.

Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que d'après les aptitudes et la qualification professionnelles, compte tenu d'un barème d'invalidité dont nous parlerons dans un autre chapitre.

Lorsque l'état d'invalidité apprécié conformément aux dispositions du présent article serait susceptible d'ouvrir droit, si cet état relevait de l'assurance-invalidité, à une pension, la rente ac-

cordée à la victime en vertu du présent titre, dans le cas où elle est inférieure à la dite pension d'invalidité, est portée au montant de celle-ci. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable si la victime était déjà titulaire d'une pension d'invalidité des Assurances sociales.

L'article 454 concerne le cas d'accident du travail suivi de mort.

Il est versé une rente viagère de 30 % (et non plus 20 %) du salaire annuel de la victime au conjoint survivant non divorcé ou séparé de corps, à condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident.

Dans le cas où le conjoint survivant, divorcé ou séparé de corps, a obtenu une pension alimentaire, la rente viagère lui est due ; mais elle est ramenée au montant de cette pension, sans pouvoir dépasser 20 % du salaire annuel de la victime et sans que, s'il existe un nouveau conjoint, celui-ci puisse garder moins de la moitié de la rente viagère de 30%.

Le conjoint condamné pour abandon de famille et celui déchu de la puissance paternelle perdent tous leurs droits en regard du présent livre.

En cas de nouveau mariage, le conjoint survivant, s'il n'a pas d'enfant, cesse d'avoir droit à la rente ; s'il a des enfants, le rachat sera différé jusqu'à ce que son plus jeune enfant ait atteint seize ans.

Le conjoint survivant, qui n'est pas lui-même titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité du chef de son propre travail ou de ses propres versements, bénéficie d'une rente égale à 50 % du salaire annuel lorsqu'il atteint l'âge de soixante ans, ou avant cet âge aussi longtemps qu'il est atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 %, à condition que cette incapacité de travail ait une durée minimum de trois mois.

Pour les enfants légitimes ou naturels reconnus avant l'accident ou adoptifs (adoption faite avant l'accident), orphelins de père ou de mère, âgés de moins de seize ans, une rente calculée sur le salaire annuel de la victime à raison de 15 % de son salaire s'il n'y a qu'un enfant, 30. % s'il y en a deux, 40 % s'il y en a trois et ainsi de suite, la rente étant majorée de 10 % par enfant de moins de seize ans (dix-sept si l'enfant est placé en apprentissage, vingt ans s'il poursuit ses études, ou si, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques, il est dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié).

Si la victime n'a ni conjoint ni enfants, chacun des ascendants reçoit une rente viagère de 10 % du salaire annuel de la victime s'il prouve qu'il aurait pu obtenir de celle-ci une pension alimentaire (ce qui est encore vrai si la victime a conjoint et enfants).

L'ensemble des rentes ne peut dépasser 85 % du salaire annuel de la victime.

Les arrérages des rentes courent le lendemain du décès ou de la date de consolidation de la blessure.

Le rachat des rentes, existant déjà dans l'ancienne législation, a été conservé ici et même étendu.

Les rentes, allouées par application des textes dont nous parlons, se cumulent avec les pensions d'invalidité ou de retraite auxquelles peuvent avoir droit les intéressés, en vertu de leur statut particulier et pour la constitution desquelles ils ont été appelés à subir une retenue sur leur traitement ou salaire. Toutefois, ce cumul est limité à 80 % du salaire perçu par un travailleur valide de même catégorie au moment de l'accident, si la pension d'invalidité est allouée pour les infirmités ou des maladies résultant de l'accident.

Ainsi donc, l'évolution de ces nouveaux textes

s'est faite en même temps que vers une plus grande précision, vers une libéralisation de la législation en particulier au sujet des taux des rentes. Le législateur a voulu par là réparer, de la manière la plus équitable possible, le préjudice subi par la victime d'un accident du travail.

### CAS DE L'AGRICULTURE

Bien que la forme en fût légèrement différente, les mêmes dispositions s'appliquent à l'agriculture en ce qui concerne les Accidents du Travail, ceci sous réserve du risque trajet, qui n'est pas pris en charge, ainsi que certaines questions de remboursement de bris d'appareils orthopédiques, tel le bris des lunettes par un choc au cours du travail.

La différence majeure entre le Régime Agricole et le Régime Général de Sécurité Sociale réside dans la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Avant que fût votée la loi dite "de la sécurité sociale" (Octobre 1946), les accidents du travail et les maladies professionnelles étaient, en effet, réparés par des organismes privés d'assurances (compagnies d'assurances, mutuelles agricoles, etc ...). A la suite du vote de la loi, les accidents du travail et les maladies professionnelles, dans les professions autres que l'agriculture, ne relevèrent que de la seule Sécurité Sociale. Ce fut là l'innovation capitale de la loi de 1946. Le régime agricole, par contre, demeura sous l'égide de la loi de 1898, modifiée quelque peu par la suite. Dans ce régime, les rentes sont remises par des organismes privés (Branche Accidents de travail de l'Union des Caisses Centrales de la Mutualité Agricole, Compagnies d'assurances). Ce sont les tribunaux de l'ordre judiciaire qui sont compétents en Agriculture pour les accidents du travail et maladies professionnelles.

## CAS DE L'ALGERIE

La législation algérienne est la même, tant dans l'industrie que dans l'agriculture, que celle applicable dans les départements métropolitains, sous réserve que, la codification n'étant pas intervenue, le régime applicable résulte d'une combinaison des lois des 9 Avril 1898, 1er Juillet 1938, Octobre 1946 et de toutes celles qui les ont modifiées ou étendues. Il n'y a pas eu de prise en charge des accidents du travail par la Sécurité Sociale.

°  
° °

## LES MALADIES PROFESSIONNELLES

Ce n'est que la loi du 25 Octobre 1919 qui a étendu aux maladies d'origine professionnelle la loi du 9 Avril 1898 sur les accidents du travail. Avant cette époque, les troubles résultant d'une intoxication aiguë ou chronique de l'organisme du fait de l'action de certains produits nocifs ne donnaient pas lieu à réparation, lors même que le travailleur était rendu absolument incapable d'effectuer un travail.

Mais la loi de 1919 était très restrictive, et hormis les maladies causées par le plomb et par le mercure, rien d'autre n'avait été envisagé. Il y avait là une grande lacune qui ne devait être en partie comblée que près de vingt ans plus tard, par la loi du 1er Juillet 1938 concernant ces maladies. Le tableau des affections s'est alors considérablement élargi : les maladies contractées dans les égouts, les lésions causées par l'action du ciment, l'acné résultant de l'emploi de la trichloronaphtaline, les altérations cutanées et nasales causées par la fabrication du bichromate de potassium, les intoxications

causées par le tétrachlorure de carbone, les dérivés chlorés de l'éthylène, les dérivés nitrés et chloronitrés des carbures benzéniques, le dinitrophénol, les amines aromatiques, les maladies provoquées par le brai de houille, les dermatoses causées par le sesquisulfure de phosphore, la maladie professionnelle du charbon.

Le décret du 9 Décembre 1938 a, d'autre part, rectifié les tableaux relatifs à l'intoxication par le tétrachloréthane, le benzolisme professionnel (et non plus benzinisme), le phosphorisme professionnel: l'intoxication par l'alliage de plomb est laissée à l'appréciation de la Cour de Cassation.

Pour qu'il y ait maladie professionnelle, la loi de 1919, reprise en cela par celles de 1938 et suivantes, exige que l'ouvrier ait été occupé habituellement aux travaux prévus par les tableaux. Quant à la condition relative au délai d'incubation, le délai normal d'un an est réduit, pour deux des maladies nouvellement inscrites dans les tableaux. Il est seulement de vingt et un jour pour la spirochétose ictero-hémorragique et de trente jours pour le tétanos des égoûts, pour les accidents aigus de benzolisme professionnel, pour les dermatoses résultant de la trichloromaphtaline, pour l'intoxication par le tétrachlorure de carbone, par les dérivés de l'éthylène et des carbures benzéniques, par le dinitrophénol, par le sesquisulfure de phosphore, par le charbon. Il varie de trente jours à cinq ans suivant la nature des accidents causés par les amines aromatiques ou le brai de houille.

La Cour de Cassation a justement refusé de tenir compte de l'état antérieur et elle proclame que "ni les prédispositions morbides de la victime, ni la faiblesse résultant de son âge, ne doivent être prises en considération; soit qu'elles aient facilité l'accident, soit qu'elles en aient aggravé les suites."

Ainsi donc, le tableau des maladies professionnelles s'est allongé depuis 1919 et il s'allongera

encore constamment. En effet, il est bien signalé dans les textes qu'"en vue de l'extension et de la révision des tableaux ainsi que de la prévention des maladies professionnelles, est obligatoire pour tout docteur<sup>en médecine</sup>, qui en peut connaître l'existence, la déclaration de toute maladie ayant un caractère professionnel et comprise dans une liste établie, après avis de la Commission d'Hygiène industrielle, par décret pris sur le rapport du Ministre du Travail et du Ministre de la Santé Publique et de la Population. Le médecin devra également déclarer toute maladie non comprise dans la dite liste, mais qui présente, à son avis, un caractère professionnel."

Les déclarations prévues sont adressées au Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale par l'intermédiaire de l'inspecteur du travail ou du fonctionnaire qui en exerce les attributions en vertu d'une législation spéciale.

Elles indiquent la nature de la maladie, la nature de l'agent nocif à l'action duquel elle est attribuée, ainsi que la profession du malade.

#### Cas particulier : la Silicose.

Une séance commune des Sociétés de Médecine du Travail de Lyon et Montpellier (Juin 1956) a posé le problème, très à l'ordre du jour, de la réparation de la silicose. On sait avec quelle prudence, explicable par les difficultés qui subsistaient touchant à l'étiologie, à la pathogénie et au diagnostic de la pneumoconiose silicotique, ainsi que par des considérations d'ordre économique, les règles de réparation des maladies professionnelles ont été étendues à la silicose. C'est avec l'ordonnance du 3 Octobre 1945 et la loi du 30 Octobre 1946 que la silicose professionnelle a pris place parmi les maladies professionnelles indemnifiables.

Des dispositions d'applications spéciales ont été cependant précisées par des décrets : nécessité d'une certaine durée d'exposition au risque, qualité

particulière des experts, réparation limitée aux rentes. Ces dispositions ont été assouplies par le décret portant création des "Collèges des trois médecins".

Avec ces particularités, la réparation de la silicose reste soumise aux règles générales forfaitaires des maladies professionnelles.

#### a)- Critère professionnel.

Chacun s'accorde désormais à reconnaître la nocivité de la silicose libre, mais la discussion reste ouverte concernant les dimensions, la concentration et l'état physique des particules dangereuses : l'étude du critère professionnel, qui permettra de mieux reconnaître et classer les postes exposés, reste dans l'ordre des préoccupations nécessaires.

#### b)- Critère clinique et radiologique.

Le législateur définit avec beaucoup de réserve la silicose non compliquée et ses trois sortes de complications. C'est ainsi que le tableau de la silicose garde le silence sur la dimension des "gros grains" dont l'existence permet la réparation de la silico-tuberculose ; même silence sur les éléments constitutants de l'atteinte minimum susceptible d'être considérée comme une silicose "nettement caractérisée" (dont la constatation rend possible la suppression du délai d'exposition au risque) ; même silence enfin sur les formes radiologiques atypiques.

Il est certain que si des précisions plus grandes sont incluses un jour dans le tableau de réparation, elles seront le fruit et la traduction de l'expérience que poursuivent, depuis longtemps et sans relâche, médecins du travail, pneumologues et plus particulièrement médecins-experts et médecins des collèges de la silicose.

#### c)- Le trouble fonctionnel.

Ce trouble est indispensable pour qu'une sili-

cose mérite légalement indemnisation. Il serait peut-être opportun de ne désigner comme "silicose" que les atteintes suffisantes pour entrer dans le cadre de la réparation, réservant aux atteintes sans trouble fonctionnel l'appellation de "présilicose" ou d'atteintes "pré-silicotiques". Une telle distinction est courante dans le saturnisme et le benzolisme : elle est certes plus médico-légale que clinique ; elle apporterait cependant plus de clarté en matière d'expertise.

Il est nécessaire de poursuivre l'étude du critère fonctionnel et de sa valeur, afin de pouvoir préciser le degré à partir duquel les troubles vont marquer la limite entre un état pré-silicotique et une silicose avérée.

La loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévoit la fixation du taux des rentes en fonction du degré de l'incapacité permanente de travail. L'infirmité, premier élément à retenir pour la fixation d'un taux d'I.P.P., est ici à la fois anatomique (degré et répartition de la fibrose) et fonctionnelle (insuffisance fonctionnelle respiratoire). Le trouble fonctionnel mérite donc d'être exactement précisé.

Les propositions déjà faites (Lyon, Mai 1949 ; Nancy, Merlebach, Décembre 1950 ; Lille, 1953 ; et différents auteurs) n'ont abouti à aucun barème officiel indicatif de réparation.

Les auteurs pensent qu'un barème assez précis et détaillé dans le cadre forfaitaire de notre législation faciliterait l'unité d'évaluation désirable, restant entendu que ce barème, s'il était fixé officiellement, n'aurait toujours qu'une valeur indicative.

En ce qui concerne les critères d'ordre professionnel, MM. CAZANIAN et CHAMPEIX (Alès et Clermont-Ferrand) ont fait des enquêtes médico-professionnelles en milieu minier. Celles-ci, jointes à leur expérience personnelle, les incitent à préconiser la fixation définitive à 10 années du délai de prise en

charge et le raccourcissement de la durée minima d'exposition au risque exigée dans les charbonnages (les nouvelles durées s'établiraient à 3 années pour les travaux au rocher, à 6 années pour les travaux mixtes, à 9 années pour les travaux au charbon).

Ils indiquent enfin que, bien qu'amointri sur le plan juridique, l'intérêt du critère professionnel demeure entier sur le plan du diagnostic médical de la silicose. L'expertise technique fait partie intégrante de l'expertise médico-légale, au même titre que l'exploration fonctionnelle et le document radiologique. Et son incidence devient déterminante chaque fois que le bilan médical n'est pas pleinement affirmatif.

Pour ce qui est du critère fonctionnel, M. ROCHE (Lyon) rappelle que les techniques d'exploration fonctionnelle apprécient la ventilation pulmonaire, plus difficilement la circulation pulmonaire et l'hématose (mesure de la saturation en oxyhémoglobine du sang artériel, épreuves d'effort). Ces différentes épreuves doivent être interprétées dans le cadre d'un contexte clinique (examen clinique, surtout radioscopie pulmonaire). On ne doit pas toutefois oublier que le taux d'I.P.P. d'une silicose dépend de la lésion anatomique, de ses conséquences fonctionnelles (ce qui fait discuter le rôle de la silicose dans la dyspnée du sujet) et de son retentissement professionnel. L'exploration fonctionnelle du poumon, dont l'intérêt est indiscutable, n'a toutefois qu'une valeur limitée.

En matière de silicose, les expertises médico-légales présentent des difficultés. Les données de l'examen clinique sont de peu de valeur pour l'appréciation de la silicose.

L'examen radiologique apporte plus de certitude. Mais il est des images pour lesquelles le diagnostic de maladies professionnelles est sujet à caution (images de réticulation et de réticulo-modulation) et des images de micro-nodulations très fines, de type "pin-head", qui paraissent très spé-

cifiques.

Le diagnostic différentiel n'a pas semblé, à MM. VIDAL et BALMES (Montpellier), dans tous les cas, facilité par l'épreuve thérapeutique pour les images prêtant à discussion avec une étiologie infectieuse. En particulier, tant dans le cas des images micro-nodulaires de type miliaire que dans celui des formes nodulaires et nodulaires confluentes, le diagnostic entre maladie professionnelle et tuberculose reste souvent très difficile, étant donné la difficulté de mettre en évidence les bacilles chez les sujets soumis aux expertises médico-légales.

Le diagnostic de silicose au stade pseudo-tumoral, classiquement facile, a paru poser aux auteurs des problèmes nouveaux depuis l'apparition de certaines formes de tuberculose pulmonaire à caractère condensant, spécialement rencontrées chez les mineurs. En dernière analyse, les auteurs insistent sur les critères cliniques et paracliniques nécessaires pour pouvoir poser médico-légalement le diagnostic de complications tuberculeuses ou cardiaques d'une silicose antécédente.

Les silicoses radiologiquement discrètes, mais à gros troubles fonctionnels accompagnés d'hypertrophie ventriculaire droite, posent le problème difficile de l'emphysème des mineurs. L'association de la silicose avec une cardiopathie étiologiquement indépendante mène à des solutions médico-légales variables selon chaque cas particulier. D'une manière générale, on doit parfois admettre l'indépendance de ces deux éléments ; souvent, au contraire, une certaine influence réciproque.

Les complications tuberculeuses de la silicose présentent certainement les plus grandes difficultés d'interprétation. La loi impose la notion d'une silicose préexistante "à gros grains", et l'apparition seconde d'une tuberculose bactériologiquement confirmée. En fait, la pratique est souvent singulièrement difficile. Il y a des cas évidents : tuberculose banale chez un empoussiéré, silicose importante se com-

pliquant de tuberculose.

Dans cette dernière éventualité, le choix entre l'incapacité temporaire et l'incapacité permanente d'emblée dépend de l'importance de la fibrose et de l'élément tuberculeux et du pronostic logique qui en découle. On est large pour accorder l'incapacité temporaire, ne serait-ce que pour des raisons psychologiques. Mais il est parfois très difficile d'affirmer la précession de la silicose et départager certaines silico-tuberculoses et la tuberculose modifiée par l'empoussiérage.

Ces difficultés sont évoquées, analysées, mais il n'existe pas de solution unique.

La notion de l'existence habituelle de lésions silicotiques à l'autopsie ou sur les pièces d'exérèse est de nature à modifier profondément notre opinion sur ces cas complexes.

Enfin, la découverte isolée des bacilles de Koch chez un mineur doit être interprétée, la valeur séniologique d'un seul examen pouvant ne pas être absolue.

### Les Dermatoses professionnelles.

En dehors de la silicose considérée dans le milieu minier, on peut dire que les dermatoses constituent les maladies professionnelles les plus fréquentes.

On les rencontre dans l'industrie, l'agriculture et, peut-on dire, dans toutes les professions, à ce point que G.E. MORRIS, dans une statistique récente, sur 1.213 cas de dermatoses professionnelles, en relève 36 concernant des employés de bureau. Cl. HURIEZ indique que cette fréquence est d'environ 40% des maladies professionnelles et près de 10 % des affections cutanées.

Dans ces dermatoses, l'étiologie professionnel-

le peut être d'ordre physique, chimique, infectieux ou parasitaire, ou encore peut-il s'agir de dermatoses par sensibilisation.

Or, la plupart des dermatoses d'origine professionnelle ne sont pas actuellement réparables au titre des accidents du travail, et nous pensons qu'il y a lieu d'envisager l'extension de l'indemnisation.

Nous pouvons examiner quelques exemples des diverses catégories de lésions tégumentaires d'ordre professionnel. Parmi les dermatoses dues aux agents physiques, la synovite des extenseurs et les kératodermies rencontrées dans certaines professions sont réellement le fait du travail et pourraient être indemnisées ; les affections cutanées dues aux agents chimiques et non réparées comme étant la conséquence du travail sont nombreuses, qu'il s'agisse du nickel, de l'antimoine, des huiles minérales, etc ...

Les lésions dues à des agents microbiens sont parfois incontestablement d'origine professionnelle, par exemple le nodule du trayeur ou l'érysipéloïde de ROSEMBACH. Il en est de même des dermatoses dues à des agents parasitaires, comme les mycoses chez les ouvriers agricoles ou les coiffeurs, par exemple.

Mais, dans la plupart des cas, les dermatoses professionnelles sont dues à la sensibilisation épidermique ; la positivité des tests le prouve le plus souvent et, malgré cette preuve, la réparation est exceptionnelle.

La non réparation au titre des Accidents du Travail de toutes les maladies professionnelles constitue, au point de vue médical, un illogisme, et, au point de vue de l'ouvrier, une injustice. Il est évidemment anormal de ne pas réparer, par exemple, la dermite par l'antimoine, alors que celle due à l'arsenic est réparée.

Nous pensons qu'il est de l'intérêt de tous d'indemniser ces maladies : le nombre des déclarations de maladies professionnelles sera ainsi plus

proche du nombre réel, les médecins traitants portant plus d'attention aux maladies ouvrant droit à réparation.

Au point de vue de la prévention, celle-ci est plus efficace vis-à-vis des maladies indemnisées, l'effort de prévention étant souvent lié à la sanction de la réparation.

Sans doute n'est-il pas possible d'allonger à l'infini la liste des produits susceptibles de provoquer des réactions sur certains téguments sensibilisés ; néanmoins, il paraît logique d'envisager la réparation des dermatoses chaque fois que le facteur professionnel s'avère primordial. S'il s'agit de produits ayant tendance à provoquer des dermites chez tous les sujets, quel que soit le terrain, une telle liste peut être dressée.

Pour les dermatoses par sensibilisation, où prédomine l'influence du terrain devenu allergique, comme les manifestations cliniques ne sont pas spécifiques, il y aurait lieu de rechercher l'étiologie professionnelle par la pratique des tests réitérés.

Malheureusement, ces tests n'ont pas une valeur absolue, comme la réaction de Derrien dans l'intoxication par le dinitrophénol, ou la présence de leptospire d'INADA et IDO dans le diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique, par exemple. C'est la raison pour laquelle, en ce cas, l'expertise serait indiquée, pratiquée par le dermatologiste, le médecin du travail, le médecin légiste.

Déjà, à la Société de Médecine et d'Hygiène du Travail de Strasbourg, le 23 Juin 1951, le Professeur FOURCADE demandait, dans le même sens bénéfique, la modification de la loi sur la réparation des maladies professionnelles.

Il nous a paru utile d'appeler, une fois de plus, l'attention sur ce problème dont la solution semble urgente en matière de dermatose professionnelle.

Il ne s'agit pas, à notre sens, de s'engager dans la voie imprudente d'une réparation inconditionnelle de toutes les affections dont le caractère professionnel pourrait être allégué sans preuve, ouvrant la porte à tous les abus. Il ne s'agit pas davantage d'annuler, pour les modifier, les dispositions actuelles existantes qui ont fait la preuve de leur utilité et qui donnent satisfaction, dès lors que l'affection en cause a fait l'objet d'une décision réglementaire. Mais nous croyons qu'il serait opportun d'ajouter une procédure d'exception comportant obligatoirement une expertise par trois médecins spécialement qualifiés et choisis par le Médecin-Inspecteur Divisionnaire de la Santé sur déclaration détaillée émanant soit du Médecin traitant, soit du Médecin du Travail.

En résumé, nous pensons, concluent dans leur rapport au Congrès de Strasbourg de 1954, MM. CHRISTIAENS et MARCHAND (Lille), qu'en matière de dermatoses professionnelles, plus encore que dans les autres affections liées au travail, la législation française doit être adaptée dans la double perspective suivante :

a)- Augmentation du nombre des dermatoses inscrites dans les tableaux de la loi.

b)- Adjonction d'une procédure spéciale, d'exception, à appliquer dans le cas où le diagnostic étiologique est difficile et où la non-indemnisation choque notre sens de l'équité.

---

## LA QUESTION DES BARÈMES EN INVALIDITÉ

---

Quand on lit l'introduction des "divers barèmes à appliquer aux infirmes et malades de la guerre 1914-1918", on est frappé par les demandes réitérées qui sont faites à l'expert auquel va être soumis un dossier, d'être bienveillant et, dans le doute, d'accorder toujours à la victime le taux le plus avantageux. Dans les barèmes envisagés, les taux les plus avantageux ont été marqués en caractères gras, et c'est dans leurs limites seules que devront évoluer les évaluations des experts. Quand les taux qui résultent de l'équivalence adoptée pour l'échelle de gravité seront plus avantageux que les autres, ces taux seront attribués aux infirmités sans que soient exigées les conditions d'incurabilité jadis imposées par la loi de 1831, votée pour réparer les dommages subis par les blessés des débuts de la conquête, en Algérie.

Les invalidités devront être appréciées en dehors de toute contingence professionnelle ou sociale, mais il devra être tenu compte de tous les éléments de l'invalidité elle-même, de ses complications et de ses répercussions locales et générales.

La pension temporaire est concédée pour deux années, sauf en ce qui concerne les réformés temporaires qui n'y ont droit que pendant le temps où ils sont en position de réforme. Elle est renouvelable par périodes biennales après examens médicaux.

A l'expiration de chaque période, elle peut être renouvelée soit à un taux inférieur, égal ou

supérieur au taux primitif si l'infirmité n'est pas devenue incurable, soit convertie en pension définitive si l'infirmité est reconnue incurable, soit supprimée si l'invalidité a disparu ou est devenue inférieure à 10 %.

Tout bénéficiaire d'une pension temporaire, chez qui se sera produit une complication nouvelle ou une aggravation de son infirmité, pourra, sans attendre l'expiration de la période de deux ans, adresser une demande de révision, sur laquelle il devra être statué dans les deux mois qui suivront la demande.

Quand la période, pour laquelle une nouvelle concession est proposée, atteint ou dépasse le terme extrême de quatre ans à partir de la première commission de réforme qui a statué sur le degré d'invalidité, la pension devient automatiquement définitive, que l'infirmité soit incurable ou non.

Si nous avons rappelé ces notions de barèmes concernant les militaires pour les blessures de guerre ou les accidents à l'occasion du service, c'est qu'elles nous ont semblé être les premières à situer le problème et à envisager une réparation pour un accident, réparation conçue différemment de celle du droit commun.

En relisant l'introduction du livre du Docteur MAYET, nous nous apercevons que le barème officiel date du 24 Mai 1939. C'est assez dire qu'avant rien de bien précis n'existait, et c'est pour cette raison que nous avons cru devoir rappeler les principes qui présidaient aux décisions militaires concernant les taux d'invalidité.

L'écueil difficile en matière de barème est de fixer un chiffre. Or, chacun sait qu'il est parfaitement impossible de mettre la médecine en équations ou en pourcentages. Aussi, convient-il d'utiliser des taux moyens, des ordres de grandeur pour une affection, un accident déterminés, et de pouvoir évaluer les taux d'un chiffre minimum à un chiffre maximum en tenant compte du contexte clinique. Mais, com-

me dit MAYET, cinquante années d'application de la législation des accidents du travail ont, en quelque sorte, fixé par d'innombrables décisions de justice les taux moyens, taux moyens qui peuvent tendre vers le taux minimum s'il y a amélioration du fait du traitement, ou au contraire vers le taux maximum s'il y a aggravation et passage à l'incurabilité. Les barèmes ont eu pour but de permettre au Médecin traitant de donner une réponse à son client désirant connaître son taux d'invalidité, et également au Médecin traitant de donner un chiffre à sa caisse de Sécurité Sociale (ceci dans n'importe quel régime, artisanal, agricole, etc ...).

L'intérêt du Barème est de permettre aux experts de se rallier sur un certain nombre de taux et d'éviter qu'il y ait des différences trop marquées et, par là même, très injustes, en ce qui concerne des sujets examinés pratiquement pour la même affection par des experts différents.

Ces barèmes n'ont pas la prétention d'être parfaits. Et l'on ne pourra jamais empêcher ce que nous appellerons le "quotient individuel" de l'expert d'intervenir dans un jugement. Ce quotient individuel est fonction de nombreux facteurs : caractère de l'expert, esprit personnel, social ou autres, taux d'émotion.

Pour être parfait, le barème devrait pouvoir permettre à tous les experts d'aboutir aux mêmes conclusions concernant un individu et une affection donnés. Nous avons déjà fait remarquer que cela n'était pas possible.

MAYET rappelle en terminant que son livre a dû subir de profonds remaniements de son texte. Ils ont été imposés par ce fait que les Accidents du Travail agricole restent sous la dépendance du service de la Justice (Loi du 1er Juillet 1938, décret du 24 Mai 1939) et, par ce fait, que les autres ont été pris en charge depuis le 1er Janvier 1947 par la Sécurité Sociale. Auparavant, des compagnies d'assurances privées faisaient procéder aux expertises

demandées par les accidents du travail et indemnisaient les victimes.

De nombreux volumes ont paru, tant en France qu'à l'étranger, au sujet des Accidents du Travail. Dans notre pays, ils illustrent tous sur le plan pratique les conséquences de l'importante loi de 1898 dont nous avons rappelé, au début, les principes.

Nous avons lu avec un très grand intérêt le livre des Docteurs BRISARD, FOUQUET et GRAS, intitulé "Echelle de gravité et taux des Incapacités permanentes en Accidents du Travail". Ce livre, quoique datant de 1934, conserve, à notre sens, une grande valeur.

Dans leur introduction, les auteurs rappellent qu'il ne s'agit pas là d'un guide-barème. Ainsi que nous l'avons déjà dit, ils s'accordent pour affirmer que les guides-barèmes ont trop tendance à considérer la lésion, le symptôme en soi, comme isolés, et à les tarifer en valeur absolue.

Or, une infirmité est un ensemble de lésions et de symptômes diversement répartis, dont les valeurs respectives dépendent avant tout de leur subordination clinique. Une atrophie musculaire de 4 à 5 centimètres n'a pas de signification spéciale sur un moignon d'amputation de cuisse, tandis qu'elle domine la scène quand elle complique une légère arthrite du genou. Telle raideur du poignet, qui constitue le reliquat essentiel d'une fracture de la styloïde du radius, peut être tenue pour négligeable si elle s'ajoute à une impotence totale de la main, etc... A mesure intrinsèque égale, il serait absurde de chiffrer pareillement les divers éléments de l'invalidité, dans une addition pure et simple, automatique, comme on le voit faire trop souvent.

Les barèmes ne suffisent donc pas. Il faut apprendre à s'en servir. Aussi, dans ce livre, les auteurs se sont-ils attachés à mettre en évidence des cas concrets brièvement décrits, assez développés cependant, assez vivants en quelque sorte, pour

montrer comment on passe de la théorie à la pratique, du principe à l'application. Leur échelle des incapacités ne fait pas double emploi avec les barèmes.

Les cas concrets envisagés n'ont rien d'artificiel. Aucun n'a été imaginé de toutes pièces. Tous ont été observés, vécus. Ils ont été mis sur pied avec l'aide de rapports d'experts près des Tribunaux des grandes villes de France, c'est-à-dire d'hommes dont la compétence vient d'une expérience médico-légale sans cesse entretenue. Il eût été fastidieux et inutile de prendre de ces rapports une copie intégrale et servile. Aussi seuls les éléments cliniques caractéristiques ont été retenus. Les auteurs se sont bornés à les ajuster ensemble et à les donner comme modèles.

Ils ont été classés par ordre de gravité croissante de manière à dresser, pour chaque région anatomique, une échelle de gravité analogue à celle de 1887, utilisée pendant longtemps dans l'armée.

On pourra sans doute faire des critiques. Tels chiffres paraîtront, à quelques points près, trop hauts, d'autres trop bas. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a quelque chose qui ne se décrit pas, ou plutôt qui ne se décrit peut-être pas assez dans les rapports d'expertise, c'est l'allure, le comportement du sujet, tout un ensemble d'impressions qui ne laissent pas, dans certains cas du moins, d'influencer le pourcentage.

L'idéal eût été de construire un tableau unique, en plaçant chaque infirmité à son échelon de gravité, sans tenir compte de sa région. C'était tâche quasi impossible et sans grande utilité actuelle.

Ont été écartées systématiquement, dans cet ouvrage, les infirmités des yeux et des oreilles. La description d'éléments cliniques n'aurait rien ajouté de plus aux renseignements fournis par les différentes tables en usage, lesquelles, au surplus, sont quelque peu disparates.

On trouvera quelques exemples d'infirmités multiples, évaluées selon les règles du Professeur BALTHAZARD. Nous reparlerons, plus bas, à propos de règlements plus récents, des successions d'infirmités.

Les principes de la méthode de BALTHAZARD sont excellents, d'une rigoureuse logique, d'une application facile, réserves faites, toutefois, pour quelques amputations et fractures des deux membres inférieurs. C'est le seul exemple heureux d'aménagement rationnel des taux d'incapacité. Dans les pensions d'invalidité des assurés sociaux, il y a intérêt à la suivre pour ne pas tomber dans des abus dangereux.

Ce que nous avons dit plus haut est ici repris. Ce qu'il faut éviter à tout prix, c'est l'arbitraire dans l'évaluation du taux d'incapacité.

Les taux habituellement admis sont conventionnels, mais on doit respecter les conventions quand on n'a rien de mieux à sa disposition.

On objectera qu'il s'agit de cas d'espèces, jamais tout à fait semblables. Mais on a le droit de rechercher ce qui les rapproche aussi bien que ce qui les différencie. On s'exposerait d'ailleurs aux pires erreurs à émettre la prétention de doser rigoureusement les incapacités selon les individus.

Il ne faut rien exagérer. En réalité, la gamme des infirmités résultant d'accidents n'est pas infinie. On peut la faire tenir dans un certain nombre de types cliniques que quelques lignes suffisent à nuancer et étiqueter, comme autant de points de repère précis et distincts auxquels on se reportera pour évaluer le taux d'incapacité correspondant à un cas donné.

### CAS DES INFIRMITES MULTIPLES

Les experts étaient souvent embarrassés pour fixer le taux d'invalidité des victimes atteintes d'infirmités multiples pour un même accident. Cer-

tains les additionnaient et arrivaient ainsi à un total de 100 % et même davantage sans qu'il y ait incapacité totale. D'autres fixaient un taux global un peu au hasard. La loi des pensions de guerre ne pouvait pas ici servir de base, parce qu'elle contient une règle particulière de calcul, avec des majorations arbitraires déterminées par le législateur lui-même (Loi du 31 Mars 1919, article II). La loi nouvelle n'a rien prévu, mais on a profité de l'occasion de la rédaction du barème pour combler cette lacune.

Envisageons, ici, l'importante question des infirmités multiples, telle qu'elle ressort des textes publiés au Journal Officiel du 8 Juin 1939.

### Définition

On appelle infirmités multiples des infirmités intéressant des membres, des segments de membres ou des organes différents.

Les divers reliquats d'une même lésion ne sont pas considérés comme des infirmités multiples.

Par exemple, une lésion d'un membre, plus une lésion d'un oeil peuvent laisser des infirmités multiples. Il en est de même d'une lésion du bras gauche, plus une lésion du bras droit.

Une lésion de la rotule peut laisser de l'arthrite, des mouvements anormaux, une raideur du genou et des articulations sus- et sous-jacentes, de l'atrophie musculaire, des troubles vasculaires, etc.. Il s'agit alors d'une seule et même infirmité.

### Méthode à suivre

Le barème indique fréquemment le taux de la réduction globale de capacité résultant de la coexistence de plusieurs lésions. Lorsque l'existence simultanée de deux ou plusieurs lésions n'est pas prévue par le barème, le taux de la réduction globale de capacité ne doit jamais être déterminé par l'addition pure et simple des taux partiels considérés iso-

lément. Ce procédé mène le plus souvent à des résultats qui sont en contradiction certaine avec les données de l'examen clinique.

La méthode à suivre est différente suivant que le cas examiné appartient à l'un ou à l'autre des deux groupes suivants :

1°- Les lésions intéressent des organes différents, mais associés à la même fonction. Telles sont les lésions des deux yeux, des deux oreilles, des deux maxillaires, lesquelles sont prévues au barème et, par conséquent, ne sont indiquées ici que pour fixer les idées.

Mais telles sont aussi les lésions intéressant deux ou plusieurs doigts d'une même main, les deux membres inférieurs, etc... Un certain nombre de cas sont prévus au barème, mais ils ne le sont pas tous.

2°- Les lésions intéressant soit des organes ou membres différents et de fonctions distinctes, soit différents segments d'un même membre, par exemple les lésions intéressant un bras et une jambe, ou bien le coude et le poignet du même bras, etc...

#### Premier groupe -

Pour les cas du premier groupe, on ne peut donner aucune méthode simple. Comme certains d'entre eux sont prévus au barème, on obtiendra fréquemment une indication très utile en procédant par analogie. Ainsi, la perte des deux index pourra être évaluée en partant du taux indiqué pour la perte d'un seul index et en opérant par comparaison avec les taux donnés par le barème pour la perte d'un pouce et pour la perte des deux pouces. De même, pour les lésions atteignant les deux membres inférieurs, on pourra souvent raisonner par analogie avec le cas de l'amputation des deux pieds.

#### Deuxième groupe -

Dans le cas du second groupe, il est recomman-

dé de recourir à l'application d'une règle qui a déjà rendu des services appréciables et peut servir de guide pour l'évaluation du taux global. On évitera ainsi des évaluations disparates pour un même ensemble de lésions.

Cette règle consiste, les infirmités étant classées, dans un ordre quelconque à décompter la première au taux du barème et chacune des suivantes proportionnellement à la capacité restante.

Exemple : Soit trois infirmités qui, considérées isolément, correspondaient au taux d'incapacité de 60 %, 20 % et 10 %.

Première infirmité : 60 pour cent de 100 pour 100 (capacité complète) = 60 %.

Capacité restante : 100 pour 100 - 60 pour 100 = 40 pour 100.

Deuxième infirmité : 20 pour 100 de 40 pour 100 (capacité restante),  
soit  $\frac{20}{100} \times \frac{40}{100} = 8$  pour cent.

Nouvelle capacité restante : 40 pour 100 - 8 pour 100 = 32 pour 100.

Troisième infirmité : 10 pour cent de 32 pour 100 (nouvelle capacité restante),  
soit  $\frac{10}{100} \times \frac{32}{100} = 3,2$  pour 100.

Taux global d'incapacité : 71,2 pour 100 ; en chiffres ronds : 72 pour 100.

Remarque : On pourrait modifier l'ordre des infirmités ; on aboutirait au même résultat, c'est-à-dire 72 pour 100 d'incapacité.

En général, le résultat donné par l'application de cette règle ne saurait être adopté purement et simplement. On doit considérer qu'il ne constitue qu'une première indication. Il doit être discuté et, à l'occasion, corrigé, les raisons d'une modification devant être précisées par l'expert. A cet effet, il importe de tenir compte, le cas échéant, des considérations physiologiques générales et des considérations cliniques propres au cas particulier. On tiendra compte,

en particulier, des suppléances fonctionnelles ou de l'analogie avec une amputation totale des membres atteints par les blessures. Il faut également prendre en considération, en cette matière, toutes les causes qui peuvent faire modifier les taux du barème, en particulier le coefficient professionnel.

## INFIRMITÉS ANTERIEURES

### Principes

Il s'agit ici de fixer les conséquences d'un accident du travail dans le cas où la victime était déjà infirme avant l'accident.

Le problème consiste, comme toujours, à évaluer la réduction de salaire causée par cet accident. En effet, la loi ne fait pas de distinction entre ce cas et celui où la victime était entièrement valide avant son accident : elle pose une règle générale et dit seulement que la rente doit être égale à une fraction ou à la totalité de la réduction que l'accident aura fait subir au salaire.

Il est donc évident que la rente ne saurait être basée sur l'incapacité globale qui résulte des deux infirmités, l'ancienne et la nouvelle, et que l'on doit également se garder de raisonner comme si l'infirmité qu'il s'agit de réparer avait atteint un homme valide.

Comme il est impossible d'établir un barème qui donne le taux de la réduction de capacité causée par une lésion quelconque chez un sujet porteur, avant l'accident, d'une lésion également quelconque, il est utile de montrer comment on peut suppléer à l'absence d'un tel barème. La solution de ce problème exige que l'on ne perde pas de vue les notions fondamentales rappelées ci-après.

a)- Il importe, tout d'abord, de bien se rendre compte de la nature des opérations auxquelles la fixation d'une rente donne lieu dans le cas le

plus simple, c'est-à-dire lorsque l'accident atteint un sujet valide.

En effet, la réduction subie par le salaire n'est jamais évaluée directement. On considère que cette réduction est proportionnelle au salaire ancien et que, par la suite, elle doit s'obtenir en multipliant celui-ci par un coefficient indépendant du salaire.

C'est ce coefficient indépendant du salaire que l'on a l'habitude d'appeler taux d'incapacité ou, plus exactement, taux de réduction de capacité.

b)- Par définition, un taux est un quotient. Le taux de la réduction de capacité causée par un accident est donc le résultat d'une division dans laquelle le dividende est la réduction de capacité elle-même et le diviseur la capacité existant avant l'accident. Quant à la réduction de capacité, c'est évidemment la différence entre les deux capacités, ancienne et nouvelle.

#### Méthode d'évaluation

Ainsi, dans le cas d'un accident survenant chez un sujet atteint d'une infirmité antérieure, on est naturellement conduit à la détermination de la capacité ancienne et à la détermination de la capacité nouvelle.

Soient  $C_1$  et  $C_2$  ces deux capacités, le taux de la réduction de capacité résultant de l'accident, c'est-à-dire le taux par lequel on devra multiplier le salaire effectif de l'ouvrier, est égal à

$$\frac{C_1 - C_2}{C_1} .$$

Supposons, par exemple, que le blessé avait déjà perdu le pouce droit avant l'accident actuel et que cet accident lui fait perdre le pouce gauche. D'après le barème, après le premier accident le taux d'incapacité était de 25 % ; après, il est de 65 %. Il en résulte qu'avant l'accident le blessé avait une capacité égale à 75 % de celle d'un homme valide ;

après, il a une capacité égale à 35 % de celle d'un homme valide. En chiffrant par 100 la capacité d'un homme valide, on voit que la capacité de la victime est tombée de 75 avant l'accident à 35 après. Elle a donc été réduite, du fait de l'accident actuel, de  $40/75$  de la valeur qu'elle avait avant ( $75 - 35 = 40$ ).

Par conséquent, le taux de la réduction de la capacité de travail résultant de l'accident est égal à  $40/75$ , soit 53,33 %. On voit que la seule difficulté réside dans l'évaluation de l'incapacité globale dont le blessé reste atteint après l'accident actuel. Cette incapacité doit être évaluée en fonction des principes exposés au paragraphe précédent.

Ces solutions, que donnent les auteurs du barème, ne constituent pas des principes immuables, mais seulement des indications. Il faut les rectifier, le cas échéant, en considération des diverses circonstances. C'est ainsi qu'il y a lieu de tenir compte de la rééducation ou plus simplement de l'adaptation due aux suppléances fonctionnelles, d'où il résulte pour l'intéressé un retour à une capacité de travail complète. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que la loi ne prend pas en considération une diminution abstraite de capacité, mais une perte de salaire effective; si la victime avait pu récupérer toute sa capacité de gain antérieure, il faut calculer l'invalidité sur 100 % et non plus sur une validité réduite. En sens inverse, il y a lieu de tenir compte de la vieillesse ou des infirmités antérieures qui ne résultent pas d'un accident; mais qui ont réduit la validité de l'ouvrier avant son accident; une rectification doit être faite, soit en ce qui concerne la capacité définitive qui subsiste et qui est en général inférieure à celle d'un homme sain, soit en ce qui concerne la base sur laquelle on calcule l'invalidité globale, et qui est, elle aussi, inférieure à celle d'un homme valide à 100 %.

Ces solutions diverses ne sont-elles pas en contradiction avec les arrêts antérieurs de la Cour de Cassation? Ce n'est pas certain. Les formules

employées par la Cour de Cassation ont varié ; on a souvent critiqué celle par laquelle la Cour suprême déclarait qu'il n'y avait pas à tenir compte de la réduction de capacité de travail antérieure à l'accident ; mais il semble bien qu'en posant le principe, la Cour prenait en considération le fait que le salaire antérieur était déjà inférieur à la normale ; il n'y avait pas lieu, dès lors, de procéder à une autre réduction.

Au sujet du point de départ de la rente, on a substitué dans les nouveaux textes, à la date de la consolidation de la blessure, celle de reprise de travail, médicalement autorisée.

Ces solutions envisagées méritent-elles une exception lorsque l'infirmité ancienne et l'infirmité nouvelle n'ont aucun rapport entre elles ? Nous ne le croyons pas, car on ne peut jamais dire que l'incapacité nouvelle ne soit pas plus grave que si le premier accident n'était pas intervenu. Cette exception serait d'ailleurs contraire à la solution qui est donnée en cas d'infirmités multiples résultant d'un même accident : si le blessé perd à la fois un oeil et un orteil, son taux d'incapacité est plus grand que s'il n'avait perdu qu'un oeil. Il doit en être de même en cas d'accidents successifs.

#### Deux remarques s'imposent encore :

1)- Tout d'abord, il importe peu que l'infirmité antérieure soit due à une maladie ou à un premier accident, que ce premier accident soit un accident du travail ou qu'il soit survenu en dehors du travail, qu'il ait été réparé par une rente ou par une indemnité en capital ou qu'il n'ait pas été réparé du tout.

En revanche, il est indispensable que l'infirmité antérieure se soit réellement manifestée avant l'accident actuel. Les prédispositions à telle ou telle maladie avant l'accident ne doivent pas entrer en ligne de compte, non plus qu'une maladie qui n'entraînait aucune réduction de capacité de travail.

2)- Enfin, on doit observer que la méthode proposée, bien qu'elle fasse intervenir une formule mathématique, permet de tenir compte de tous les éléments d'appréciation que l'équité commande de retenir.

En effet, rien n'oblige à suivre exactement le barème pour l'évaluation de l'incapacité antérieure. On peut avoir de bonnes raisons pour s'écarter de ces indications, car le barème ne donne que des taux d'incapacité probable tandis que, pour l'appréciation de l'état antérieur, c'est l'incapacité réelle qui doit être retenue, laquelle peut être plus ou moins grande que le barème ne l'indique.

Il faudra cependant retenir les raisons qui ont pu continuer à augmenter ou diminuer l'incapacité antérieure ; il ne faudra jamais les négliger complètement.

Par exemple, si la vision d'un oeil réduite à 1/10 vient à être complètement perdue dans un accident de travail, il sera permis de dire qu'avant l'accident, compte tenu de la profession exercée, la réduction de capacité était, en fait, très faible ou même nulle. Mais alors, il y aura lieu de se demander si la même considération ne conduit pas à évaluer la capacité existant après l'accident à un chiffre plus élevé que le barème ne l'indique.

Dans d'autres cas, c'est plutôt le degré de l'adaptation de l'invalidé à son infirmité qui intervient. Cela se produit surtout pour les doigts d'une même main, lesquels sont susceptibles, dans une grande mesure, de se suppléer l'un l'autre. Ainsi, l'amputation d'une main déjà privée d'un doigt fait perdre à la victime le bénéfice de son adaptation. Il pourra donc être normal de majorer l'évaluation de la capacité antérieure et néanmoins d'adopter le taux du barème pour évaluer la capacité restante. L'expert devra indiquer les raisons pour lesquelles il ne se conforme pas au barème, lequel tient compte de la faculté d'adaptation moyenne des individus.

Ce barème tend de plus en plus à prendre le pas sur les autres, et, bien qu'il ne soit pas obligatoire, est devenu un instrument commode auquel l'expert se réfère, sans en attendre un jugement définitif sur chaque cas d'invalidité, jugement qu'il se conserve le droit d'apprécier.

A noter qu'il existe, dans les Compagnies d'assurances, des barèmes qui sont contractuels et dans l'ensemble inférieurs d'un quart ou un tiers à ceux concernant les accidents du travail. Il n'empêche que certains accidents sont réparés de façon satisfaisante alors que d'autres le sont de façon disproportionnée. Les nécessités des placements des contrats obligent à les maintenir à la demande du courtage, du fait que les assurés éventuels voient la prime, le capital garanti en cas d'invalidité totale, mais comprennent mal l'intérêt d'un barème bien fait; il serait souhaitable qu'une mesure d'ensemble soit proposée par le Ministère des Finances aux Compagnies, ceci dans l'intérêt général, et que les Compagnies d'assurances n'en subissent aucun préjudice, les primes étant évidemment calculées en fonction du risque.

Notons, en terminant, qu'en Algérie on en est resté au stade 1946 et que les accidents du travail n'ont pas été pris en charge. En Tunisie, on applique les principes de la loi de 1898. La législation française de 1898 a été reprise par la législation beylicale, mais n'a pas subi la même évolution favorable que la législation française. Elle reflète, d'une manière générale, l'état antérieur à la loi de 1938. Quant au Maroc, les textes datant de 1927 n'ont pas été une réception pure et simple des textes français, mais comportent une rédaction plus raisonnée, en avance sur celle de l'époque en France, d'une façon générale, mais avec quelques innovations regrettables (cas des accidents successifs).

°  
° °

## RÉPARATION DE LA SILICOSE

### BASES LÉGALES - DIFFICULTÉS D'UNE ÉVALUATION.

Pour en terminer avec la question des barèmes, envisageons le difficile problème d'un essai de réparation de silicose, en citant un article de MM. FOURCADE et GUYENOT de Montpellier.

Conformément à la législation actuellement en vigueur, le taux d'incapacité permanente de travail entraîné par une maladie professionnelle doit être fixé par la nature de l'infirmité, qui reste l'élément de base, l'âge, l'état général, les facultés physiques et mentales n'intervenant que pour modifier légèrement l'évaluation précédente, les aptitudes et la qualification professionnelles, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

En ce qui concerne la silicose, on se heurte à l'absence de barème officiel. Dans les barèmes officiels actuellement utilisés, les taux d'incapacité sont basés sur les formes radiologiques (Cf. DESOILLE, BALOAIRES, EVEN, etc...). Le point commun de ces barèmes est donc l'importance attachée au critère radiologique.

Les auteurs se sont attachés à reprendre cette question du barème au regard des exigences légales.

Le diagnostic de silicose indemnisable étant posé, l'importance de la lésion anatomique et celle du trouble fonctionnel entrent conjointement en ligne de compte pour la fixation d'un taux médical de base.

Il reste aux experts à s'accorder définitivement :

- sur la progression des formes radiologiques appelées à figurer dans un barème ;
- sur le taux plancher et le taux plafond correspondant à chacune de ces formes ;
- sur la mesure et la prise en considération du trouble fonctionnel dans les limites ainsi fixées.

En effet, le taux d'incapacité physique doit être déterminé d'après la nature de l'infirmité, qui est fonction du volume occupé par chaque élément de la lésion, de la diffusion de ces éléments et des désordres secondaires dans les parties du poumon non encore atteintes. Il faut ensuite fixer le degré d'amputation fonctionnelle par la pratique d'épreuves capables de fournir des résultats précis.

En ce qui concerne l'incidence de l'âge de la victime sur le taux de réparation, les auteurs soulignent qu'en matière de silicose, une forme évolutive apparue chez un sujet encore jeune justifie par là même un supplément de réparation.

En définitive, ils proposent de retenir, pour la fixation du degré de l'I.P.P., les quatre éléments suivants :

1°- Degré de l'amputation anatomique.

Catégorie I : micronodulations.

- 0 en l'absence de troubles fonctionnels.
- 10 à 30 % selon l'importance des troubles fonctionnels et la densité des micronodulations.

Catégorie II : nodulations.

- Sans troubles fonctionnels : 10 à 20 % selon la densité.
- Avec troubles fonctionnels : 15 à 60 % selon l'importance des troubles fonctionnels et la densité des nodulations.

Catégorie III : confluences micronodulaires et nodulaires.

- Taux plancher de 20 %.

Catégorie IV : formes pseudo-tumorales.

- Taux plancher de 30 %.

2°- Amputation fonctionnelle : Insuffisance respiratoire inférieure à 15 % : taux plancher ra-

riologique ; insuffisance respiratoire supérieure à 50 % : taux plafond.

3°- Age : Taux supplémentaire pouvant aller jusqu'à 15 % pour les moins de 30 ans dans les formes graves.

4°- Influence des aptitudes et de la qualification professionnelles. Le médecin expert en pneumoconiose n'a pas qualité entière pour examiner l'incidence de ce facteur sur le taux de réparation.

Les auteurs font remarquer en conclusion que les taux planchers proposés sont faibles, mais qu'ils correspondent à des formes sans troubles fonctionnels ; que le taux plafond, pour une forme radiologique donnée, devait être automatiquement appliqué en cas de déficit fonctionnel important.

Ces taux n'ont qu'une valeur de base, dont l'expert pourra toujours s'écarter, s'il a pour cela des raisons valables ; encore devra-t-il les préciser.

°  
° °

ACCIDENTS DU TRAVAIL  
INDEMNISES PAR LES COMPAGNIES D'ASSURANCES.

BARÈME UTILISÉ.

Tous les salariés tendent à devenir tributaires d'un régime d'assurances en ce qui concerne les Accidents du travail et les Maladies professionnelles.

Qu'il s'agisse de salariés de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, ils sont protégés par les différents régimes.

Comment peuvent l'être ceux qui ne sont pas à proprement parler des salariés ?

Ils ont la possibilité de s'adresser aux Compagnies d'Assurances qui, en assurant les risques, proposent des contrats individuels.

L'esprit strictement forfaitaire et contractuel de cette catégorie de polices n'est généralement pas compris et des assurés et de leurs médecins. Aussi les offres d'une compagnie sont difficilement acceptées, cette offre ne reflétant pas, à leurs yeux, les idées qu'ils s'étaient faites en ne considérant les conséquences de leur accident qu'à travers les conditions de règlement de la législation sur les accidents du travail ou du droit commun.

La raison générale que donne le Professeur MAZEL des divergences de point de vue qui existent entre le médecin traitant et l'assureur averti est que "le premier raisonne et apprécie comme s'il s'agissait d'un accident du travail", alors qu'il est uniquement question d'appliquer les clauses, les conditions et le barème d'un contrat.

En délivrant sa police, moyennant une prime calculée à cet effet, la compagnie a entendu couvrir un risque parfaitement défini et limité, consacré par les conditions de son contrat, et il suffit, théoriquement, que ces conditions soient normalement

appliquées, en cas de sinistre, pour qu'aucune contestation ne s'élève entre les parties à ce moment-là. Dans la pratique, la tendance de l'assuré à vouloir envisager le règlement des conséquences de son accident sous l'angle des règlements du droit commun ou de l'accident du travail, provoque les difficultés qui se révèlent assez souvent dans ces règlements.

Ces contestations peuvent porter sur les points suivants :

A)- En ce qui concerne le premier, le contrat prévoit qu'en cas d'incapacité temporaire et absolue, pour l'assuré, de se livrer à ses occupations habituelles, la Compagnie garantit une indemnité quotidienne qui courra à partir du lendemain de l'accident.

Il précise que l'allocation quotidienne sera due en entier :

1°- à l'assuré employé par autrui, pendant tout le temps qu'il sera complètement empêché de vaquer aux occupations pour lesquelles il est salarié, sauf conventions contraires.

2°- à l'assuré exerçant seul sa profession, toutes les fois que sa blessure lui interdira tout travail personnel.

3°- à l'assuré dont la profession ou les fonctions déclarées dans la police excluent tout travail manuel, permanent, et se bornent à un rôle de surveillant ou de direction, lorsque l'accident le tiendra personnellement éloigné de ses occupations et ce, d'une manière absolue.

4°- à l'assuré n'exerçant aucune profession, pendant tout le temps qu'il sera obligé de garder la chambre.

En dehors de ces cas, il prévoit que l'allocation quotidienne sera réduite de la moitié et jusqu'au quart toutes les fois que l'assuré pourra vaquer par-

tiellement à ses occupations.

Le Professeur MAZEL donne aussi son opinion sur ce point.

"En raison des dispositions ci-dessus, très précises, il est d'ordinaire aisé d'apprécier s'il y a eu incapacité temporaire totale et, dans l'affirmative, quelle en a été la durée. Pour les appréciations, la profession du blessé constitue l'élément principal, alors que cette notion ne doit pas être retenue pour la fixation du taux de l'invalidité".

Il est certain d'ailleurs que si les médecins traitants comme les assurés étaient avertis, préalablement, des conditions de l'attribution de l'indemnité quotidienne, ils ne s'exposeraient pas à commettre cette anomalie de ne prévoir que des journées pleines d'incapacité, quelle que soit la profession de l'assuré, sous-entendant, par là, que l'assuré passera du jour au lendemain de l'état d'incapacité complète à une possibilité intégrale de travail.

Bien souvent, le médecin traitant procède sans se préoccuper de l'existence du contrat et sous l'influence de la législation des accidents du travail qui ne prévoit pas d'incapacité temporaire partielle, et si la Compagnie propose amiablement, au reçu du certificat de guérison, qu'une part de l'incapacité temporaire soit réglée en demi-incapacité, cela ne doit surprendre en rien l'assuré, puisque, très normalement, les derniers jours d'incapacité, tout au moins pour la plupart des professions, ne devaient pouvoir justifier qu'une indemnité quotidienne réduite au quart. M. le Professeur MAZEL indique, en confirmation de ceci, "que si l'incapacité temporaire partielle est fixée à 50 %, rien ne s'oppose à admettre l'existence d'incapacité temporaire d'un taux plus faible : 35, 25, 20, 10 % par exemple".

#### B)- Incapacité permanente.

Cette partie du règlement d'un accident "Individuel" est certainement celle qui donne lieu au plus grand nombre de difficultés.

Le paragraphe 2 de l'article 12 des Conditions générales du contrat indique les pourcentages précis affectés aux diverses infirmités et donne droit au versement proportionnel du capital garanti pour l'incapacité définitive. Les séquelles d'un accident sont explicitement mentionnées dans ce barème, et le ou les médecins ne peuvent retenir un autre chiffre que celui qui y correspond lorsque ces séquelles constituent une des infirmités qui s'y trouvent mentionnées.

La seule difficulté technique qui puisse se présenter est le cas particulier du blessé dont l'état antérieur, non déclaré dans la police, ou un traitement empirique, a augmenté les conséquences de l'accident. Il est certain que la Compagnie n'entend courir, en regard d'une prime normale, qu'un risque normal et que, dans le premier cas, elle ne veuille pas supporter les conséquences d'une maladie dans un accident (par exemple, pour une piqûre septique compliquée de phlegmon provoquant l'amputation d'un membre parce que l'assuré est diabétique, la Compagnie ne sera tenue que des conséquences d'une piqûre, même compliquée chez un être sain), et dans le second cas, par exemple, celles des extravagances d'hallucinés ou de crédules qui feront soigner leur blessure par un guérisseur ou un "rebouteux" et qui en tireront des complications et des conséquences regrettables.

Pour les conséquences d'un accident, non mentionnées dans le barème, la Compagnie a prévu qu'elles seraient indemnisées en fonction de leur gravité, comparée à celle des cas qui y sont énumérés et sans tenir compte de la profession de l'assuré (cette dernière condition est absolue puisqu'il s'agit d'une indemnisation forfaitaire).

Il s'agit donc de procéder, dans ce cas, par assimilation entre le barème et la blessure. Voici quel est le processus préconisé par M. le Professeur MAZEL :

"Pour une même mutilation, le pourcentage d'invalidité est, en matière d'assurance individuelle,

inférieur du sixième, du cinquième ou du quart à celui attribué pour un accident du travail. Donc, dans tous les cas où les séquelles de la blessure ne figurent pas sur le barème de la police et sont complexes, difficilement assimilables aux cas prévus, il paraît légitime d'apprécier d'abord quel taux devrait être alloué, si le litige relevait de la législation sur les accidents du travail, puis de diminuer dans la proportion du sixième, du cinquième ou du quart, le chiffre ainsi obtenu".

Il faut rappeler , pour que cet exposé soit complet , que, dans tous les cas de blessures multiples provenant du même accident, la somme des pourcentages ne pourra pas dépasser 100 % s'il y a invalidité totale, 60 % si l'invalidité est partielle. Cette précision est nécessaire pour éviter, dans la première éventualité, les prétentions d'un assuré qui voudrait toucher 200 % de son capital parce qu'il aurait subi l'amputation des deux bras et des deux pieds, et, dans la seconde, celles d'un assuré qui, ayant perdu deux doigts de la main droite y compris le pouce d'un pied et des orteils d'un autre pied, exigerait le versement d'un capital de 100 %.

Dans tous les cas d'infirmité, une contestation peut s'élever sur le caractère définitif des conséquences de la blessure.

Voici quels sont les conseils que donne, à ce sujet, le Professeur MAZEL :

"Mais parmi les difficultés médicales techniques que peut soulever l'application d'une police d'assurance individuelle, la plus importante est, à notre avis, la suivante : en matière d'accident du travail, le législateur a sagement prévu une révision ; sur le terrain du droit commun, où la formule de règlement est souple, il est permis de tenir compte de l'incertitude que comporte parfois le pronostic médical lointain ; l'on peut alors, soit remettre à une date plus éloignée (deux années, par exemple) l'appréciation du dommage définitif, soit encore réserver à la victime la possibilité d'un recours dans l'éventualité de complications tardives."

Mais, dans le cas d'accident couvert par une police "Individuelle", l'on ne saurait parler de révision, de recours éventuel. Un règlement doit intervenir une fois pour toutes et ce règlement définitif est, à l'ordinaire, réclamé par l'assuré précocement, dès que l'incapacité temporaire a pris fin.

Dès lors, dans l'appréciation du taux d'infirmité permanente, il faut tenir compte des modifications favorables ou défavorables qui sont appelées à se produire ultérieurement, dans la mesure, toutefois, où ces modifications apparaissent certaines. Il s'agit, en somme, de prévoir quel sera le pronostic éloigné.

Nous ajouterons, pour notre part, que ce point nous semble particulièrement délicat.

°  
° °

EVALUATION DES INCAPACITÉS ET BARÈME INDICATIF  
DEVANT SERVIR A LA DÉTERMINATION DU POURCENTAGE  
DE L'INVALIDITÉ RESULTANT DE L'EXERCICE DES FONCTIONS.

Ce barème est indicatif et, de ce fait, comporte, pour toute lésion ou manifestation pathologique qu'il énumère, sauf en certains cas précis et exceptionnels, un taux minimum et un taux maximum d'invalidité; l'un et l'autre de ces taux déterminent strictement la marge dans laquelle les commissions de réforme compétentes fixent le pourcentage d'invalidité applicable. Toutefois, dans le cas où des lésions présenteraient un caractère particulier, de même que dans celui où il existe des manifestations pathologiques non prévues dans le barème, ce dernier pourra servir de guide pour la fixation du taux d'invalidité.

Il ne devra, cependant, jamais être tenu compte, pour établir le taux d'invalidité applicable, de l'influence de certains facteurs, tels que l'âge du fonctionnaire, la nature de son emploi, la durée de ses services, etc..., puisque ces éléments interviennent dans le calcul de la pension (proportionnelle ou d'ancienneté) à laquelle peut prétendre l'agent.

L'application pure et simple du barème et des principes généraux ci-dessus énoncés permet de déterminer sans difficulté le taux d'incapacité résultant d'une infirmité simple affectant un agent valide.

Le problème se complique lorsqu'il s'agit d'infirmités multiples.

S'il s'agit d'infirmités multiples simultanées résultant d'un même événement, les principes sont les mêmes pratiquement que ceux posés par la législation du régime général.

Cas d'infirmités successives.

La Commission de Réforme doit, en l'espèce, évaluer le taux de réduction de capacité d'un agent victime de maladies ou d'accidents échelonnés dans

le temps.

La loi dispose que, dans le cas d'aggravation d'infirmités préexistantes, le taux d'invalidité à prendre en considération doit être apprécié par rapport à la validité restante du fonctionnaire.

#### 1<sup>o</sup>- Définition de l'aggravation.

L'existence d'un lien d'aggravation entre deux ou plusieurs infirmités impose, conformément aux indications formelles de la loi à ce sujet :

- d'une part, de retenir non pas le pourcentage intrinsèque d'invalidité que comporte l'infirmité constituant aggravation, mais uniquement le produit de ce pourcentage par la validité restante de l'agent;
- d'autre part, d'exclure le pourcentage d'invalidité que comporte l'infirmité préexistante aggravée, dont la définition est donnée ci-dessous : "à la fois du taux d'invalidité dite indemnisable au titre du présent code (rente d'invalidité) et du taux mettant éventuellement en jeu la garantie du régime général des Assurances Sociales (Article L. 43)."

Le principe étant admis que toute infirmité ou aggravation survenue pendant la carrière doit être retenue pour apprécier les droits éventuels de l'agent à la garantie prévue à l'article L.43 et que toute infirmité ou aggravation imputable au service doit être indemnisée au titre de l'article L.39, il ne saurait être question de qualifier d'infirmité constituant "Aggravation" toute infirmité survenue à un agent déjà partiellement invalide.

Il convient donc, pour déceler un rapport d'aggravation entre deux infirmités données, de rechercher s'il existe entre elles, soit une relation médicale directe (par exemple : manifestation successive d'une névralgie sciatique légère et d'une névralgie sciatique à caractère aigu), soit un lien "fonctionnel".

La Commission de Réforme doit se prononcer expressément dans tous les cas où elle examine la

situation d'agents victimes d'infirmités successives, sur l'existence ou la non-existence d'un tel lien d'aggravation. Son avis doit être largement motivé.

2°- Calcul de l'invalidité indemnisable au titre de l'article L.39 -

Toutes les infirmités imputables au service, au sens de l'article L.39 du présent code, doivent être prises en compte pour la détermination du taux d'invalidité indemnisable au titre du dit article.

Dans l'hypothèse où l'une ou plusieurs de ces infirmités constituent une aggravation, au sens ci-dessus défini, sont considérées comme infirmités pré-existantes, et, par conséquent, n'interviennent éventuellement que dans les opérations préliminaires du calcul, mais ne sont pas retenues dans le taux indemnisable au titre de l'article L.39 :

- a)- les infirmités qui ne sont pas imputables au service ;
- b)- celles qui se situent à une époque où l'agent n'avait pas la qualité de fonctionnaire titulaire ou n'était pas dans une position valable pour la retraite ;
- c)- celles enfin qui ont déjà été rémunérées.

3°- Calcul de l'invalidité ouvrant droit à la garantie prévue à l'article L.43 -

Dans l'hypothèse où l'une ou plusieurs des infirmités survenues pendant la carrière constituent une aggravation au sens ci-dessus défini, sont considérées comme infirmités pré-existantes ;

- a)- des infirmités ayant déjà été rémunérées ;
- b)- celles qui se situent à une époque où l'agent n'avait pas la qualité de fonctionnaire titulaire ou n'était pas dans une position valable pour la retraite.

#### 4°- Application pratique des règles concernant les infirmités successives.

L'application des règles exposées aux 1° et 2° ci-dessus ne présente aucune difficulté lorsque le premier fait dommageable est survenu à une époque où la victime n'avait pas la qualité de fonctionnaire. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire de distinguer à cet égard suivant que la première infirmité a été ou non rémunérée (dommages physiques réparés ou non au titre de l'art. 1382 du Code Civil, pensions militaires d'invalidité, infirmités congénitales, etc...).

En revanche, certaines précisions sont indispensables pour fixer les droits éventuels à une rente d'invalidité d'un agent devenu invalide alors qu'il avait déjà la qualité de fonctionnaire et qui, retraité pour cette raison, reprend du service. Dans cette hypothèse, une distinction fondamentale doit être établie selon que, dans le délai légal suivant la notification de sa remise en activité, le fonctionnaire a manifesté ou non sa volonté de renoncer au cumul des émoluments de retraite et de son traitement, en vue d'acquérir de nouveaux droits à pension, au titre de l'emploi auquel il est nommé.

##### Premier cas : Cumul de la pension et du traitement.

La pension dont l'agent est titulaire, et éventuellement la rente d'invalidité, lui sont payées dans les limites fixées par la réglementation en vigueur. Mais, en aucun cas, ce fonctionnaire ne peut acquérir de nouveaux droits à pension ni, éventuellement, à rente d'invalidité.

##### Deuxième cas : Renonciation au cumul.

L'exercice de la faculté d'option accordée au fonctionnaire remis en activité entraîne immédiatement la suspension de la pension d'invalidité dont il était titulaire et, le cas échéant, l'annulation définitive de la rente d'invalidité qui y est attachée.

En revanche, l'agent recouvre la jouissance

entière de tous les droits afférents à la qualité de fonctionnaire, notamment de ceux prévus au Titre V du présent Code.

Trois solutions sont alors à envisager :

a)- L'agent termine sa carrière normalement et est retraité, soit d'office pour limite d'âge, soit sur sa demande, dans les conditions prévues.

La pension de retraite à laquelle il peut prétendre est liquidée sur l'ensemble des services accomplis, mais est exclusive de la rente d'invalidité dont il était titulaire au moment de sa remise en activité.

b)- L'agent est atteint d'une nouvelle infirmité ne résultant pas de l'exercice des fonctions.

Seule, la pension révisée, compte tenu des nouveaux services, est remise en paiement, à l'exclusion de la rente d'invalidité dont l'agent était titulaire au moment de sa réintégration dans les cadres.

Toutefois, si les conditions exigées par l'article L.43 se trouvent remplies, le montant de la nouvelle pension peut être porté à celui de la pension d'invalidité attribuée au titre du régime général des Assurances sociales.

c)- L'agent est atteint d'une nouvelle infirmité résultant de l'exercice des fonctions.

Il y a lieu, dans ce cas, de procéder, d'une part à la liquidation de la nouvelle pension, compte tenu de l'ensemble des services accomplis, d'autre part à l'attribution d'une rente d'invalidité rémunérant exclusivement la nouvelle infirmité. Le montant de cette rente est égal au pourcentage du traitement brut afférant à l'indice 100 correspondant au taux d'incapacité de l'agent, calculé d'après la validité restante si l'infirmité constitue une aggravation, au sens du présent code, ou directement d'après les taux du barème, s'il n'y a pas aggravation de la

première infirmité ou de toute autre infirmité pré-existante.

L'exposé des règles applicables pour la fixation du taux d'incapacité met en relief l'importance qu'il y a de connaître si, au moment où intervient un accident ou une maladie entraînant la cessation définitive des fonctions, l'agent est pleinement valide ou s'il était déjà diminué physiquement, étant donné que, comme le prescrit le présent code, lorsque le nouveau fait dommageable constitue une aggravation d'une infirmité pré-existante, le taux d'invalidité à prendre en considération doit être apprécié par rapport à la validité restante du fonctionnaire.

En vue de réduire au maximum les litiges éventuels touchant la réalité des infirmités préexistantes et leur importance respective, il est indispensable que le certificat médical descriptif mentionne, en sus des indications qu'il doit déjà comporter, la description détaillée de la ou des infirmités dont les intéressés sont affectés au moment de l'examen médical. Lorsque aucune infirmité n'est apparue à l'examen, le praticien doit en faire mention expresse dans le dit certificat.

La fixation du taux d'invalidité résultant des infirmités ainsi constatées est laissée aux soins de la Commission de Réforme appelée à examiner la situation du fonctionnaire au moment d'une aggravation nécessitant son admission à la retraite.

Cette opération préliminaire se fait sur la base des principes suivants :

- Premier cas : Le taux d'incapacité résultant de l'infirmité subie antérieurement à la titularisation n'a fait l'objet d'aucune appréciation.

Tel est notamment le cas des fonctionnaires retraités pour invalidité sous l'empire de la loi du 14 Avril 1924 ; il peut d'ailleurs s'agir aussi bien d'agents qui, avant d'occuper un emploi public, ont subi un dommage physique susceptible ou non d'être réparé pécuniairement au titre de l'article 1382

du Code Civil.

Le taux de la validité restante des intéressés, au moment de leur intégration dans les cadres, doit être déterminé compte tenu des indications du barème.

- Deuxième cas : La réduction de capacité de l'agent a déjà été établie en application d'un régime de prévoyance légal (par exemple, titulaires de pensions militaires d'invalidité, agents retraités au titre de l'article L.39).

Il convient, dès lors, de retenir le taux d'invalidité appliqué à l'intéressé sous ce régime, pour servir de base au calcul de la nouvelle réduction de capacité.

Ainsi, il existe, en France, plusieurs barèmes d'invalidité qui sont utilisés selon qu'il s'agit de réparer un accident de droit commun, un accident survenu à un salarié dépendant d'un régime de sécurité sociale, un assuré d'une compagnie d'assurances, un fonctionnaire, un militaire. L'inégalité d'indemnisation des victimes civiles et militaires est, en France, particulièrement évidente.

Faire la distinction entre ces systèmes revient en fait à poser la question de savoir s'il n'est pas possible d'envisager un barème unique d'invalidité en ce qui concerne la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Certes, le barème utilisé par les différents organismes de Sécurité sociale tend à s'imposer puisque, dans bien des cas, les autres systèmes se réfèrent à ce barème pour établir le taux de la réparation.

Il y a là matière à réflexion et un pas important à franchir encore pour la législation.

Ce problème d'importance a été repris sur le plan international. En effet, les transferts de main-d'oeuvre posent des problèmes toujours plus compliqués et, pour ne prendre qu'un exemple, il nous semble

absolument dénué de logique et d'équité le fait, pour un mineur polonais travaillant dans un charbonnage de France, de ne pas obtenir une indemnité réparatrice en cas d'accident de travail équivalente à celle qu'obtiendrait, pour le même accident, un mineur de Silésie. Aux mêmes risques, aux mêmes accidents, mêmes compensations, aurions-nous tendance à dire.

Ces données ont paru assez importantes à MM. ALBAHARY et FOURNIER pour qu'un de leurs travaux soit présenté et discuté au Congrès de Strasbourg de 1954 et dont le titre était "Projets d'Unification des Barèmes d'expertise".

Cette étude est intéressante au point de vue médico-légal, parce qu'il est assez mal concevable que l'accord ne soit pas encore réalisé entre les écoles médico-légales des divers pays sur des sujets domant aussi peu matière à divergence d'opinion et à discussion que la taxation d'invalidité découlant de pertes anatomiques, de membres par exemple.

Intéressante aussi par la mise au point des auteurs lorsqu'ils font remarquer que l'invalidité doit être appréciée par les médecins sur la base des données médicales, indépendamment des incidences juridiques, sociales ou autres, ce qui n'est pas toujours le cas.

A ce sujet, un premier effort a été fait dans le cadre du Traité de Bruxelles : un sous-comité médical du Comité des Pensions de Guerre fut chargé de l'étude d'un barème commun, pour la France, la Grande-Bretagne, le Grand-Duché de Luxembourg, les Pays-Bas et la Belgique.

Ce sous-comité a présenté un projet qui constituait une simplification et une synthèse des barèmes existant dans ces pays. Cependant, l'accord général ne fut pas obtenu : des réserves furent faites par plusieurs délégués, quant à des questions de principe et de taxation. Il n'empêche que cette étude peut constituer une base de travail appréciable pour l'a-

venir.

En particulier, le chiffre des deux tiers est un pourcentage-type qui mérite d'être retenu comme applicable à la "survie fonctionnelle limite", comme le taux de 66 % d'oxycarbonémie représente la limite supérieure de survie de l'intoxiqué (Prof. PIEDELIEVRE).

Il apparaît bien que la forme définitive de pareil travail ne saurait être mieux réalisée que par les représentants de la médecine légale des pays intéressés.

Comme les rapporteurs, DE COSTER (Bruxelles) pense qu'il convient de dissocier le fait médical d'expertise des considérations techniques et sociales ; ce qui nécessiterait - et ce serait, semble-t-il, la tâche première de la commission envisagée - d'apporter une définition explicite de la notion d'invalidité ou d'incapacité.

Il serait surtout important de fixer les taux d'invalidité correspondant aux lésions-types, telles que les pertes anatomiques et les ankyloses, les autres pouvant se déterminer en proportion du dommage anatomique ou fonctionnel. Les taux d'invalidité découlant de limitations de mouvements articulaires, par exemple, pourraient être calculés en fonction de la perte d'amplitude, avec, éventuellement, un coefficient de majoration, si la limitation se présente en position défavorable.

Il semble enfin indispensable de fixer, d'un commun accord, les méthodes de calculs en cas d'invalidités multiples, ces éventualités donnant lieu à des divergences nombreuses et considérables. Nous avons dit, plus avant, comment le problème tendait à être résolu en France par les organismes de Sécurité Sociale.

Il paraît certain que, si la proposition des rapporteurs se réalisait, ce serait une mesure d'utilité primordiale pour les experts, les instances judiciaires et les administrations chargées de l'application des législations en matière de pensions et de

lois sociales.

Dans leur conclusion, les rapporteurs pensent que leur projet ne peut être retenu que si l'on admet que l'expertise du blessé ou du malade doit revêtir un caractère strictement anatomique ou fonctionnel. Cette limitation de l'acte médical justifie seule l'usage d'un barème commun qui n'a plus sa raison d'être si les chiffres que le médecin y puise sont immédiatement influencés par des données extrinsèques profondément subjectives. Si l'intervention du médecin s'en trouve assez restreinte chaque fois que le dommage est précis et, toute proportion gardée, nettement mesurable, elle demeure néanmoins étendue et prépondérante dès que l'atteinte fonctionnelle résulte de lésions complexes et, a fortiori, d'une maladie.

Ainsi, le magistrat saura désormais que le médecin lui laisse la responsabilité d'apprécier seul le correctif issu de questions connexes (facteur social, facteur économique) qu'il aura tendance, de ce fait, à étudier davantage.

---

LEGISLATIONS ÉTRANGÈRES  
EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL  
ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES.

---

A)- NOUVELLE-ZÉLANDE.

Les prestations dont nous allons parler, bien qu'elles n'entrent pas dans le Régime de Sécurité Sociale proprement dit, peuvent être considérées comme des prestations sociales jouant un rôle dans le bien-être de la communauté.

Une loi de 1922 prévoit l'assurance obligatoire des travailleurs contre les accidents ou les maladies survenant au cours de leur emploi.

Elle couvre les travailleurs engagés par contrat de travail ou d'apprentissage, y compris les gens de mer et les aviateurs. L'employeur, à quelques exceptions près, est tenu de payer les primes à des taux qui varient avec le risque, suivant les entreprises, selon un barème établi par arrêté ministériel.

Dans le cas d'invalidité temporaire, partielle ou totale, le travailleur reçoit 75 % du salaire perdu avec un maximum de 6 livres par semaine. Dans chaque cas, la période d'incapacité doit être supérieure à trois jours.

En cas d'invalidité totale permanente, l'indem-

nité en espèces est calculée sur la base de 75 % des gains ou, si ce dernier chiffre est supérieur, elle est de 2 Livres par semaine (sans pouvoir dépasser 6 Livres). Si l'invalidité est permanente, mais seulement partielle, l'indemnité en espèces est calculée en fonction de la somme allouée pour une invalidité permanente totale, suivant le pourcentage que le préjudice physique subi représente par rapport à l'incapacité totale.

Lorsque le décès est consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, le versement effectué au bénéfice des personnes qui étaient totalement à la charge du défunt est égal à 250 fois les gains hebdomadaires. Les versements payés au travailleur avant son décès n'entrent pas en ligne de compte, à moins que le total de ces versements, ajouté au capital que reçoivent les personnes à charge, ne dépasse pas 2.000 Livres. Aux personnes partiellement à charge, il est versé une somme globale calculée équitablement en considération de la perte subie.

En cas d'accidents, les travailleurs ont droit à la fourniture des appareils de prothèse nécessaires. La réparation de ces appareils est effectuée pendant une période de trois ans. La rééducation professionnelle des travailleurs est également prévue, de même que le transport de leur domicile à l'établissement de traitement et retour. Dans ce dernier cas, la charge en incombe à l'employeur.

Le versement d'une indemnité globale à un travailleur frappé d'incapacité permanente totale ou partielle, ou à une veuve à l'occasion du décès de son mari, n'exclut pas d'office l'attribution d'une prestation de Sécurité Sociale.

La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles constitue en quelque sorte un monopole de l'Etat ; la gestion en est confiée au Bureau national d'Assurance contre l'incendie et les accidents, qui tient un compte spécial des obligations des employeurs en matière d'assurance, ratta-

ché au Compte National d'assurance-accidents. Les primes et sommes reçues en application de la loi sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles sont versées à ce compte spécial qui sert à alimenter le régime. Au cas où les sommes inscrites au compte spécial sont insuffisantes pour faire face aux besoins, des avances peuvent être consenties par le Fonds consolidé (compte général des ressources fiscales) ou par telles autres caisses que le Ministre des Finances peut désigner.

En terminant et non seulement en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles, disons que toute personne résidant normalement en Nouvelle-Zélande a droit aux prestations prévues, qu'elle paie ou non l'impôt, pourvu qu'elle satisfasse par ailleurs aux conditions requises au titre de chacune d'elles. Il s'agit donc d'un régime complet, englobant toutes les catégories de la collectivité, qui tient compte dans l'ensemble du critère des ressources à l'égard des prestations en espèces, mais s'applique sans aucune restriction dans le cas des prestations médicales.

°  
° °

B)- LEGISLATION ACCIDENTS DU TRAVAIL  
ET MALADIES PROFESSIONNELLES  
AUX U.S.A.

Il n'existe pas, aux U.S.A., un régime de Sécurité Sociale, mais plusieurs régimes, et le financement n'en est pas fait uniquement par un organisme central fédéral. La gestion en est assurée par les différents Etats, avec le concours financier du pouvoir fédéral.

Avant d'envisager la question, objet de notre étude, il nous faut jeter un rapide aperçu sur la législation sociale aux Etats-Unis.

Ainsi donc, la Sécurité Sociale est un complexe de nombreux régimes officiels différents. Certains relèvent entièrement de l'autorité fédérale, d'autres de chaque Etat. D'autres encore sont des régimes mixtes, financés en commun et gérés par les Etats selon des normes appliquant les prescriptions fédérales. Les régimes diffèrent également par leur nature même, selon qu'ils reposent sur le principe de l'assurance sociale ou sur celui de l'évaluation des besoins financiers de l'intéressé. D'autres enfin contribuent au bien-être de la communauté sous la forme de services de santé et de bien-être.

Les principaux régimes tirent leur origine de la loi de 1935 sur la Sécurité Sociale. En premier lieu, le régime fédéral d'assurance sociale (assurance vieillesse et suivants) assure une immense majorité de la population active contre la perte de rémunération pour cause de vieillesse ou de décès du soutien de famille. En second lieu, un régime mixte, relevant à la fois du Gouvernement fédéral et des Etats, et qui est géré par chacun des quarante huit Etats de l'Union, et par le district de Colombie, d'Alaska et d'Hawaï, protège la plupart des salariés de l'industrie et du commerce contre l'interruption temporaire de rémunération résultant du chômage. En troisième lieu, un régime mixte, Gouvernement fédéral - Etats, institué en vertu de la même loi de 1935, porte

assistance à des catégories particulières de personnes dénuées de ressources : vieillards, aveugles, enfants à charge et, après modification de la loi en 1950, personnes atteintes d'invalidité permanente et totale. Ce système d'assistance publique est géré par les différents Etats, avec le concours financier du pouvoir fédéral, comme nous l'avons déjà dit.

A l'échelon fédéral, la responsabilité de ces régimes fondamentaux de Sécurité Sociale, qui incombe à l'origine au Conseil de Sécurité Sociale, appartient maintenant (sauf en ce qui concerne l'Assurance chômage) à l'administration de la Sécurité Sociale, organe relevant du département de la Santé, de l'Instruction publique et du Bien-être, cependant que l'assurance chômage relève, depuis 1949, du département du Travail.

Des régimes de Sécurité Sociale n'entrant pas dans le champ d'application de la loi de 1935 sur la Sécurité Sociale, le plus vaste est certes celui qui concerne la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est institué dans chacun des Etats, de même qu'en Alaska, à Hawaï et à Porto-Rico, indépendamment de toute autorité fédérale, soit législative, soit administrative. Il existe, en outre, des régimes de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les fonctionnaires fédéraux, les dockers et les travailleurs des ports, ainsi que les salariés du secteur privé dans le district de Colombie.

Bien qu'il n'existe pas de régime général d'assurance contre l'invalidité d'origine extra-professionnelle, les salariés de l'industrie et du commerce sont protégés, dans quatre Etats, contre la perte de salaire pendant une maladie, ou, en cas d'invalidité, pendant la période initiale d'incapacité de travail.

Un régime général d'assistance existe, dans chaque Etat, pour assister les indigents ne remplissant pas les conditions requises pour bénéficier des régimes obligatoires mixtes Gouvernement fédéral - Etats, et ceci sans intervention de la responsabilité

ou de l'aide financière de l'administration générale.

En ce qui concerne les travailleurs des chemins de fer, qui ont un régime fédéral distinct d'assurance sociale générale, la protection qui leur est accordée en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles découle d'une loi fédérale sur la responsabilité de l'employeur. Le champ d'application de cette loi s'est étendu aux gens de mer qui sont exclus du champ d'application des lois des Etats sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

### Fondement législatif

La loi de 1935 sur la Sécurité Sociale a été, sur le plan national, la première initiative délibérée qui ait permis, à tous les échelons de l'administration du pays d'aborder le problème de la sécurité économique du salarié et de sa famille. Avant cette loi, la réparation des accidents du travail figurait déjà dans la législation de presque tous les Etats et dans la législation fédérale.

### Portée de la protection

En règle générale, dans les professions de l'industrie et du commerce, les salariés (ou leurs survivants) sont assurés de recevoir des prestations périodiques en espèces à la retraite, après soixante cinq ans, ou lorsque surviennent les éventualités suivantes : décès, chômage, incapacité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Dans quatre Etats, ils jouissent également de l'assurance contre la perte de rémunération résultant de maladies non professionnelles. Les travailleurs agricoles et le personnel domestique, lorsqu'ils sont employés de façon régulière, sont également protégés contre la perte de rémunération due à la vieillesse ou contre le décès, mais ne sont pas assurés, en général, contre le chômage, les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les travailleurs

indépendants (excepté les exploitants agricoles et les personnes exerçant certaines professions déterminées) et de nombreux salariés de l'Etat fédéral, des Etats ou des collectivités locales, sont assurés contre la perte de rémunération résultant de la vieillesse, et leurs familles sont protégées par une assurance survivants.

En ce qui concerne le personnel des chemins de fer, la loi sur la responsabilité civile des employeurs le protège contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Il existe un régime mixte d'assistance Gouvernement fédéral - Etats pour les personnes non couvertes par un régime d'assurance ou couvertes de façon insuffisante. Les invalides atteints d'incapacité permanente et totale en bénéficient entre autres.

Les salariés des agglomérations urbaines, en général, ont droit aux soins médicaux en vertu des lois relatives à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. Dans les Etats, le champ d'application de ces lois varie mais couvre habituellement les travailleurs de l'industrie et du commerce, parfois même les travailleurs agricoles. Le personnel domestique et les travailleurs occasionnels ne sont généralement pas protégés, non plus que certaines catégories de travailleurs employés dans de petites entreprises où les risques professionnels sont inexistants. Les lois fédérales s'appliquent aux dockers et aux travailleurs des ports, aux salariés des bases américaines de défense situées en dehors du territoire continental des Etats-Unis, de même qu'aux personnes employées par le Gouvernement fédéral.

Les travailleurs de l'industrie et du commerce en général bénéficient, pendant la durée de l'incapacité, d'une indemnité périodique, qui consiste en un pourcentage du gain hebdomadaire au moment de l'accident ou au début de la maladie. La plupart des lois en vigueur prévoient l'indemnisation au titre des maladies professionnelles. Dans la majorité des

Etats, il est prévu un délai de carence (7 jours) ; mais si l'incapacité se prolonge au-delà d'une période prescrite, l'intéressé perçoit un rappel correspondant.

En règle générale, le taux de la prestation, qu'il s'agisse d'incapacité totale permanente ou temporaire, est le même. Quelques Etats cependant réduisent le taux d'indemnisation dans le cas de l'incapacité permanente après cinq, six ou huit années de versement, par exemple. Le montant total des prestations dues à ce titre ou la durée de l'indemnisation (nombre total de semaines) sont limités dans certains Etats.

La loi-type reconnaît deux formes d'incapacité permanente partielle : celle qui résulte des accidents, maladies ou pertes "homologuées" pour lesquels la réparation peut être mesurée dans le temps (période déterminée d'indemnisation) et être versée sans considération de la perte de salaire, et les déficiences "non homologuées", pour lesquelles la réparation consiste en un pourcentage de la perte de salaire.

Dans la plupart des Etats, pour donner droit à indemnisation, l'accident ou la maladie ne doit pas être la conséquence de l'ivresse, de l'inconduite volontaire ou d'une négligence flagrante.

Dans les cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles, les soins médicaux, le traitement médical, l'hospitalisation, les soins d'infirmier à domicile, les médicaments, les appareils de prothèse sont prévus dans tous les cas où l'état de l'intéressé l'exige et où ils sont la conséquence d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. A noter que les indigents ou personnes dépendant des lois d'assistance bénéficient des mêmes droits de réparation pour accidents du travail ou maladies professionnelles.

Pour ce qui est du personnel des chemins de fer, des questions de durée d'emploi interviennent pour que soit versée, si besoin est, une pension ou une indemnité annuelle.

Décès résultant d'un accident du travail  
ou d'une maladie professionnelle.

Une indemnité, proportionnelle au gain et au nombre de personnes à charge, est versée à la veuve et généralement, jusqu'à l'âge de dix-huit ans, aux enfants. Pour que la veuve ait droit à cette indemnité, il n'est pas nécessaire qu'elle ait atteint un âge déterminé ni qu'elle subviennne aux besoins d'un enfant. Certaines lois accordent à la veuve une rente viagère ou limitée au remariage ; en règle générale, cependant, les diverses lois fixent une limite au montant total ou à la durée de l'indemnisation, voire aux deux à la fois.

Droits aux prestations.

Demande et Paiement - Durée et Taux.

1- Conditions d'attribution.

En règle générale, lorsque l'incapacité se prolonge pendant un certain temps, la réparation est rétro-active jusqu'à la date à laquelle l'accident est survenu ou à laquelle la maladie s'est déclarée.

2- Demande et paiement de la prestation.

L'employeur (et, dans certains Etats, l'organisme responsable de l'application de la loi sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles) doit être avisé de l'accident ou de la maladie dans un délai prescrit (habituellement fixé à 30 jours). Lorsque l'employeur a eu connaissance directe du fait, il y a exemption de l'obligation de déclarer celui-ci. Le défaut de déclaration fait généralement obstacle à la réparation, mais seulement dans la mesure où il en résulte un préjudice pour l'employeur. La demande de réparation doit être déposée aux bureaux de l'organisme responsable, l'employeur ou l'assureur en étant dûment avisé, dans un délai prescrit qui ne peut généralement être supérieur à un an après l'accident, ou le commencement de l'incapacité, ou après le décès. Ces délais peuvent être

prorogés sous réserve de certaines conditions. C'est généralement le travailleur accidenté ou malade lui-même (ou ses survivants s'il est décédé) qui effectue le dépôt de l'avis et de la demande, mais ceux-ci peuvent être déposés en son nom. Dans tous les Etats, sauf cinq, l'organisme responsable tranche lui-même les cas litigieux ; dans ces Etats, les tribunaux ne peuvent être saisis que des points de droit. Dans les cinq Etats où l'application de la loi est confiée à la procédure judiciaire, ce sont les tribunaux qui, dans les cas litigieux, jugent en première instance. Les sentences ne sont pas définitives et les dossiers peuvent être rouverts lorsque la preuve d'un changement de situation est faite. C'est l'assureur ou, s'il est son propre assureur, l'employeur qui effectue les versements au titre de la réparation. Les lois prévoient diverses procédures de contrôle et d'application pour garantir la diligence et la continuité des paiements.

#### Taux et durée de la prestation.

La plupart des lois autorisent le règlement par une indemnité en capital, mais seulement avec le consentement exprès des autorités de contrôle et si cette forme de règlement sert au mieux les intérêts du requérant.

La prestation correspondant à l'incapacité totale temporaire ou permanente consiste généralement en une fraction du salaire, le plus souvent les  $\frac{3}{5}$  ou les  $\frac{2}{3}$ , sous réserve des minima et des maxima prescrits. Le montant maximum hebdomadaire oscille entre 25 et 35 dollars, 40 par semaine dans sept Etats, sans limitation en Alaska. Certaines lois font varier le montant de la prestation en fonction du nombre des personnes dont le travailleur accidenté ou malade assure la charge. Quelques lois prévoient une allocation supplémentaire si l'intéressé est obligé de s'adjoindre un garde-malade.

En cas d'incapacité partielle, s'il s'agit de lésions déterminées ou homologuées, par exemple la perte d'un membre, le taux de la réparation est le

même que celui de l'incapacité totale, mais l'indemnité porte alors sur un nombre déterminé de semaines. S'il s'agit de lésions de caractère plus général ou qui ne sont pas homologuées, la réparation accordée équivaut généralement au pourcentage de la prestation d'incapacité totale correspondant au pourcentage de perte de salaire ou de réduction de la capacité de gain. Selon la plupart des lois, la réparation due en cas d'incapacité partielle permanente vient s'ajouter à celle qui est due pendant la période de convalescence ou pendant le temps où le travailleur est totalement inapte au travail.

Pour le tiers des lois, la durée maximum de la prestation d'incapacité temporaire correspond à la durée de l'incapacité elle-même ; dans les autres cas, le maximum s'échelonne entre 104 semaines (Porto-Rico) et 780 semaines. Près de la moitié des lois (dont certaines ne fixent pas de durée maximum à la prestation d'incapacité temporaire) imposent une limite maximum au montant total susceptible d'être versé au titre de l'incapacité totale temporaire. Les maxima en question s'établissent entre 5.000 et 20.000 dollars. Dans l'un des Etats, où la durée de la prestation est limitée, mais non le montant total, la combinaison du versement hebdomadaire maximum aboutit à une prestation globale de 65.000 dollars.

La moitié des lois des Etats et les trois lois fédérales régissant cette matière, accordent une réparation viagère en cas d'incapacité totale permanente (ou une réparation limitée à la durée de l'incapacité si celle-ci, bien que considérée comme permanente, venait à disparaître). Certaines de ces lois réduisent le taux de la prestation, passé un délai déterminé. Les autres limitent la durée de la prestation (entre 260 et 780 semaines, mais en général autour de 500) ou le montant total (entre 3.000 à Porto-Rico, et 20.000 dollars) ou les deux à la fois.

En règle générale, avant d'accorder le service de la prestation, les lois exigent que le travailleur accidenté ou malade se soumette à des examens médicaux et accepte le traitement médical et chirurgical nécessaire.

Les lois fédérales et celles des Etats renferment des dispositions relatives à la réadaptation sous forme de rééducation, d'enseignement ou de conseil professionnels et d'orientation en vue du placement, afin d'aider les accidentés ou les convalescents à trouver un travail qui leur convienne avant l'expiration de la période de réparation. Il arrive que la loi sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles prévoit des prestations de réadaptation, sous la forme d'une prorogation de la période durant laquelle les versements ordinaires de réparation sont dus, ou sous la forme de versements spéciaux destinés à couvrir les frais d'entretien durant la formation.

La plupart des lois prescrivent le réexamen du cas lorsqu'un changement est survenu dans la situation de l'intéressé ou en cas d'erreur dans le classement primitif.

Lorsque les lois exigent du travailleur accidenté ou malade qu'il se soumette à des examens médicaux et accepte le traitement médical ou chirurgical nécessaire, le refus de se conformer à ces prescriptions entraîne généralement la suspension de la prestation pendant la période incriminée ou prive l'intéressé du paiement de la prestation pour toute incapacité résultant du défaut d'acceptation du traitement. Plus rarement, les lois prévoient que si l'intéressé s'obstine dans une attitude malsaine ou dangereuse pour sa santé, l'incapacité résultant de cette attitude ne donne pas droit à réparation ou le service des prestations est suspendu.

Les régimes de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles assurent contre l'éventualité de l'accident résultant de l'emploi assujéti à l'assurance et survenant au cours de cet emploi. La protection en est cependant étendue, dans une certaine mesure, par la réparation accordée en cas d'incapacité occultée, c'est-à-dire lorsque l'éventualité couverte tarde à se manifester.

S'il y a décès du travailleur, les prestations

de frais funéraires s'ajoutent aux versements périodiques dont bénéficient les personnes que le travailleur avait à sa charge ; les conditions d'attribution demeurent les mêmes. Ces prestations sont servies, sauf si le défunt était au bénéfice d'une assurance de frais funéraires ou était membre d'une société de secours mutuels qui prend ces frais à sa charge.

Aux termes de treize lois, une pension est servie à la veuve (35 % du salaire hebdomadaire du travailleur, plus 10 % pour chaque enfant jusqu'à concurrence de 66 2/3 % du salaire), sa vie durant ou jusqu'à son remariage, ainsi qu'aux enfants jusqu'à l'âge de dix-huit ans, voire plus longtemps si l'enfant est atteint d'infirmité. Plusieurs autres lois fixent des limites au service de prestations à la veuve. Une loi prévoit que le service de la pension de la veuve ne sera poursuivi au-delà d'une durée maximum déterminée que pendant les périodes où elle ne pourra subvenir elle-même à son entretien.

Dans le cas des enfants qui continuent de bénéficier de la prestation après dix-huit ans parce qu'ils sont atteints d'une incapacité les empêchant de subvenir à leur entretien, la guérison ou le mariage entraîne l'extinction de la prestation.

#### Réparation des Accidents du travail et des Maladies professionnelles.

Les profondes divergences que l'on constate entre les lois des divers Etats relatives à la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles ont entraîné, dans la pratique, de grandes différences dans l'organisation des régimes d'assurances. Dans dix-huit Etats et à Porto-Rico, il existe une caisse d'assurance de l'Etat. Huit de ces caisses, dont celle de Porto-Rico, sont dites "exclusives", en ce sens que les employeurs ont l'obligation de s'y assurer. Les onze autres caisses fonctionnent concurremment avec des institutions privées. Dans tous les Etats et territoires, à l'exclusion de ceux possédant des caisses dites "exclusives",

les employeurs peuvent, s'ils le désirent, prendre une police auprès d'une compagnie d'assurances. A l'exception de six Etats et de Porto-Rico, les employeurs sont autorisés à assumer les risques eux-mêmes (auto-assurance) au lieu de contracter une police d'assurance, à condition qu'ils puissent faire la preuve qu'ils remplissent les conditions nécessaires. La moitié environ des lois des Etats en la matière comportent l'obligation de s'assurer. Pour les autres, l'assurance est facultative. Il existe certains cas où la loi rend l'assurance obligatoire pour une partie des intéressés et facultative pour d'autres. Les lois qui prévoient une assurance du type facultatif diffèrent entre elles en ce sens que les unes présument que tout employeur est automatiquement assuré, sauf s'il a explicitement déclaré qu'il désirait se soustraire à l'assurance, tandis que, conformément aux autres lois, tout employeur ne contracte l'assurance que s'il en prend lui-même l'initiative. Les méthodes qui sont suivies pour décider de la suite à donner aux demandes de prestations varient également : tantôt la décision se traduit par un versement direct, tantôt il faut préalablement qu'un accord intervienne avec l'intéressé, tantôt une procédure d'arbitrage est appliquée, tantôt une combinaison de ces trois systèmes est utilisée.

Ces différences ont naturellement des répercussions sur la structure des régimes et interdisent toute généralisation, même lorsque l'Administration publique qui est chargée de l'exécution de la loi varie selon le cas.

Dans vingt-deux Etats, dans l'Alaska, à Hawaï et à Porto-Rico, le département du travail est chargé, en tout ou partie, de l'application de la loi d'Etat concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles. Dans 17 des 22 Etats en question, c'est le département du travail qui assure l'entière responsabilité de la gestion, tandis que, dans les 5 Etats restants, il y participe, en général, en se faisant représenter au sein du conseil ou de la commission de la réparation des accidents du travail ou des maladies professionnelles par le commissaire

au travail. Dans trois Etats, la gestion du régime est confiée à l'organisme administratif qui est chargé de l'application de la loi sur l'assurance-chômage. La loi sur la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles est appliquée dans 18 Etats par un organisme autonome et, dans 5 Etats, par les tribunaux judiciaires. C'est le bureau de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles des salariés, relevant du département du Travail des Etats-Unis, qui assure l'application des trois lois fédérales en la matière.

Dans les Etats où la gestion de l'assurance est confiée à une commission ou un conseil et non pas aux tribunaux judiciaires, l'organisme d'Etat est en général habilité à connaître les faits, les recours devant les tribunaux ne pouvant porter que sur des points de détail. Néanmoins, dans certains Etats, le tribunal a pouvoir de reprendre les causes dans leur ensemble, pour juger du fait comme du droit.

Quel que soit le type du contrôle public qui est exercé en matière de demande de prestations, le commissaire, le conseil ou la commission, voire les tribunaux, par l'intermédiaire de qui ce contrôle s'exerce, sont censés vérifier également les paiements qu'effectuent les compagnies d'assurances privées et ceux des Caisses d'Etats, lorsqu'elles existent.

#### Régime en vigueur dans les chemins de fer.

La gestion du régime d'assurance des chemins de fer incombe au Conseil de Retraite des Chemins de fer, organisme autonome de l'Administration fédérale. Cet organisme est dirigé par un Conseil de trois membres, chacun d'eux étant nommé pour cinq ans par le Président des Etats-Unis et confirmé dans son mandat par le Sénat. L'un des membres, le président, représente les pouvoirs publics, un autre est désigné sur recommandation des syndicats des cheminots, et le troisième sur recommandation des compagnies de chemins de fer. Le personnel de l'organisme est recruté sur

des listes approuvées par la Commission de la Fonction publique des U.S.A. et est assujetti aux règlements et au statut des fonctionnaires fédéraux.

°  
° °

C)- L'ASSURANCE INVALIDITE EN U.R.S.S.

L'assurance invalidité en Union Soviétique couvre aussi bien l'invalidité par accident (ou maladie professionnelle) que tous les autres genres d'invalidité. Les conditions et le montant de la pension diffèrent beaucoup, suivant qu'il s'agit d'accident du travail ou de maladie professionnelle, d'une part, ou des autres causes, d'autre part ; et les pensionnés de la première catégorie sont considérablement mieux traités que ceux de la seconde. Pour simplifier, on distinguera ici :

- 1)- l'invalidité accidentelle, et
- 2)- l'invalidité générale, étant entendu que l'invalidité pour cause de maladie professionnelle entre dans la première catégorie.

En ce qui nous concerne, nous n'envisagerons dans notre étude que l'invalidité résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

La décision fondamentale en la matière du Conseil des Assurances Sociales du 4 Juillet 1928 prévoyait six groupes d'invalides, suivant "le degré d'incapacité au travail".

Groupe I - Invalides totaux qui, pour faire face aux besoins de la vie quotidienne, ne peuvent se passer de soins spéciaux.

Groupe 2 - Ceux qui n'ont pas besoin de soins spéciaux.

Groupe 3 - Invalides incapables d'un travail régulier, mais susceptibles d'un emploi occasionnel et léger avec une perte minimum de 50 % de leur gain antérieur.

Groupes 4-5-6 - Invalides susceptibles de travailler avec une capacité de travail diminuée, avec une perte de salaire de 30 à 50 %, 15 à 30 %, ou moins de 15 % selon le groupe.

En cas d'invalidité accident, le droit à pension existait dans tous les groupes (alors que, pour l'invalidité générale, il n'existait que pour les groupes I à 3). Le droit à pension des victimes d'un accident du travail ne dépendait pas de la durée de leur emploi (contrairement aux autres).

Le montant de la pension était établi sur la base des précédents salaires de l'intéressé, conformément à la table suivante :

Taux de Pension en fraction du salaire précédent de l'intéressé.

|          |  | Invalidité<br>accident | Invalidité<br>générale |
|----------|--|------------------------|------------------------|
| Groupe I |  | 1/1                    | 2/3                    |
| " 2      |  | 3/4                    | 4/9                    |
| " 3      |  | 1/2                    | 1/3                    |
| " 4      |  | 1/3                    | -                      |
| " 5      |  | 1/6                    | -                      |
| " 6      |  | 1/10                   | -                      |

Pour l'invalidité accident, il n'a été tenu compte d'un plafond de salaires que depuis une décision du Conseil des Assurances Sociales du 21 Mars 1929 : 225 roubles dans tout le territoire de l'Union.

En réalité, du fait de l'élévation rapide du niveau des salaires nominaux, les taux de pension étaient moins favorables qu'on ne pourrait le croire d'après le tableau ci-dessus. Déjà, en 1928-29, les tableaux de référence prévoyaient une rente mensuelle

moyenne de 22,65 roubles seulement pour un salaire effectif moyen de 67,87 roubles. En d'autres termes, la pension atteignait exactement un tiers du salaire, soit le chiffre prévu pour le groupe en invalidité générale.

Au début des années 1930, cet écart s'accrut encore avec la tendance généralement inflationniste de la courbe des salaires. Dans une certaine mesure, il y fut remédié par la fixation d'un taux minimum au-dessous duquel la pension ne pouvait pas descendre, tout au moins pour les salariés eux-mêmes. Par décision du Conseil des Assurances Sociales du 29 Février 1932, ce taux minimum, pour les salariés invalides du groupe I, fut fixé à un chiffre compris entre 30 et 40 roubles par mois (suivant la durée d'emploi préalable et la nature de l'activité); pour les invalides du groupe 2, à un chiffre compris entre 20 et 30 roubles.

La subordination des Assurances Sociales aux impératifs de la politique de production eut des conséquences profondes pour l'assurance invalidité aussi. C'est sous le signe de la production que l'assurance invalidité s'est développée.

La décision du Comité Central Exécutif et du Conseil des Commissaires du Peuple du 23 Juin 1931, sur "l'Assurance Sociale", disposait ce qui suit :

"En vue d'améliorer l'assurance invalidité, vieillesse et décès, avant tout de ceux parmi les ouvriers qui travaillent dans les branches de production les plus importantes (charbon, métallurgie, industrie chimique, etc...), le Conseil Central de la Sécurité Sociale est chargé, dans un délai d'un mois, de réviser les dispositions sur l'assurance invalidité, vieillesse et décès, et de fixer :

- a)- des taux de pension plus élevés pour une durée d'emploi moindre en faveur des travailleurs dont les emplois sont pénibles et dangereux (travail au ford, travaux à haute température de la métallurgie) ;

- b)- une majoration de la rente d'après la durée de l'appartenance des intéressés à la branche d'activité économique considérée ;
- c)- des mesures d'encouragement aux pensionnés qui continueraient à travailler."

A dire vrai, il a fallu plus de six mois pour que le Conseil des Assurances Sociales mette au point les dispositions nécessaires. La décision du 29 Février 1932 constitue, encore aujourd'hui, la base de l'assurance invalidité, encore qu'elle ait fait l'objet d'une série de modifications importantes.

La décision du 29 Février 1932 a amené une nouvelle classification par groupes. Dorénavant, pour l'invalidité accidents comme pour l'invalidité générale, il n'existe plus que trois groupes respectivement. Les deux premiers coïncident avec ceux de l'ancienne classification, mais le groupe 3 comprend tous les invalides qui "ne sont plus en état de travailler de façon continue à leur métier dans les conditions générales du travail, mais cependant sont en mesure de faire usage de la capacité de travail qui leur reste soit dans des tâches occasionnelles, soit avec une durée de travail réduite, soit enfin dans un autre métier ne demandant qu'une classification professionnelle notablement inférieure."

Cette terminologie complexe pouvait être comprise comme englobant non seulement l'ancien groupe 3, mais aussi en grande partie les groupes 4, 5 et 6. Mais, de toute évidence, ce n'était pas le but de la nouvelle réglementation. La définition ci-dessus a donc reçu, dans la pratique, une interprétation restrictive : le nouveau groupe 3 n'englobe en fait que l'ancien groupe 3 et une partie du groupe 4. A cet égard, il faut considérer comme caractéristique une deuxième décision du Conseil des Assurances Sociales, du 29 Février 1932 également, concernant "la vérification des pensions des pensionnés des groupes 4, 5 et 6". La vérification des droits des invalides du groupe 4, aux fins d'incorporation éventuelle dans le groupe 3, devait être faite d'of-

fice ; pour les groupes 5 et 6, elle ne devait avoir lieu que sur demande. Les résultats de ces vérifications n'ont jamais été publiés, à ma connaissance tout au moins.

En ce qui concerne le montant de la pension, les assurés sont maintenant répartis en 4 catégories. La catégorie 1 comprend les ouvriers au fond et dans les autres emplois insalubres ; la catégorie 2 comprend les ouvriers dans une série de branches (importantes) de l'industrie et des transports limitativement énumérées ; la catégorie 3, le reste des ouvriers et les employés travaillant dans les ateliers de production ; la catégorie 4, tous les autres employés.

Cette répartition en catégories n'a de signification pratique qu'après une longue durée préalable d'emploi. Lorsque celle-ci n'est pas supérieure à dix ans dans les deux premières catégories d'invalides, à dix-huit ans dans les deux dernières, les différences dans le montant de la pension sont tout à fait insignifiantes : pour les invalides du groupe 1, les taux varient par catégorie de 67 à 69 % du salaire précédemment gagné, dans le groupe 2 entre 47 et 49 %, et dans le groupe 3 entre 33 et 35 %.

Au contraire, pour une longue durée préalable d'emploi, l'appartenance à l'une ou l'autre catégorie est décisive : en effet, le montant du supplément par année d'ancienneté varie suivant les catégories. Le taux maximum de pension est acquis pour la catégorie 1 dès après dix-huit années d'emploi ; dans les catégories 2, 3 et 4, il n'est acquis qu'après une durée d'emploi de 23, 31 et 34 ans respectivement.

Le taux maximum de la pension lui-même diffère suivant les catégories. Pour le groupe 1, il atteint suivant la catégorie 100, 90, 80 et 75 % du salaire antérieur, jusqu'à concurrence, il est vrai, d'un plafond ; pour le groupe 2 : 80, 70, 60 et 55 % ; pour le groupe 3 : 66, 56, 46 et 41 % ; ceci en invalidité générale.

Pour l'invalidité accidents, pour toutes les catégories d'assurés dans les trois groupes, la pension atteint 100, 75 ou 50 % des gains antérieurs. Dans les cas particuliers où, en raison d'une longue ancienneté, les tarifs de l'invalidité générale seraient plus favorables, ce sont eux qui s'appliquent.

Cette réglementation repose essentiellement sur la notion de durée d'emploi. Mais elle est influencée aussi par la durée d'appartenance à l'entreprise. Les dispositions du 29 Février 1932 prévoyaient, en effet, qu'une longue durée d'emploi ne pourrait être retenue pour le calcul du taux de la pension que si l'intéressé avait appartenu pendant deux ans au moins à la dernière entreprise où il avait travaillé. En outre, il était globalement prévu, pour l'invalidité générale et l'invalidité accident, que, pour le calcul du salaire antérieur de l'intéressé, un plafond de 300 roubles par mois devait être respecté.

Enfin, comme précédemment, des avantages spéciaux étaient prévus pour les travailleurs de choc, c'est-à-dire ceux travaillant dans les branches les plus importantes de production.

La situation très désavantagée qui était faite aux employés par les dispositions de 1932, et qui s'exprimait d'ailleurs avec netteté dans l'ensemble de la législation du travail, a été améliorée par décision du Conseil des Commissaires du Peuple du 31 Juillet 1937. Dorénavant, les employés relèvent des mêmes catégories que les groupes correspondants d'ouvriers, et le nombre des catégories a été abaissé à trois. Les employés sont également assimilés aux ouvriers en ce qui concerne la durée préalable d'emploi conditionnant l'acquisition du droit à pension.

La réorganisation des Assurances Sociales du 28 Décembre 1938 a amené la notion d'appartenance à l'entreprise au premier plan de l'assurance invalidité aussi. Sans doute, la durée préalable d'emploi avait été maintenue comme critérium et son importance avait été même accrue dans une certaine mesure. En

même temps, toutes les dispositions tendant à augmenter les taux de pension en fonction de la durée préalable d'emploi étaient abrogées et remplacées par un système de majorations liées à la durée d'appartenance à l'entreprise.

Parmi les autres modifications mises en vigueur par la loi du 28 Décembre 1938, il convient encore de citer les règles concernant les taux de pension minimum. Pour les invalides du groupe 1, la pension a été élevée à 50 roubles par mois ; ceux du groupe 2, à 40 roubles ; pas de minimum prévu pour ceux du groupe 3.

Pour l'essentiel, toutes ces dispositions sont demeurées inchangées depuis 1938. En particulier, le plafond de 300 roubles par mois pour le calcul de la pension a été maintenu malgré la forte dévalorisation du rouble et l'élévation du niveau des salaires nominaux. Cette règle, il est vrai, comporte de nombreuses exceptions : pour beaucoup de groupes de salariés privilégiés, le plafond a été élevé à 600 roubles, et même au-delà, jusqu'à concurrence de 1.600 roubles ; le salaire est partiellement pris en considération (20 %).

Pour le reste, il n'est guère nécessaire de mentionner les modifications intervenues dans l'assurance invalidité. On a déjà dit plus haut que, pendant la guerre, en raison de la pénurie de main-d'oeuvre, obligation avait été faite aux invalides du groupe 3 de reprendre le travail. Cette disposition a été abrogée après la guerre.

D'autre part, les pensions ont été majorées en même temps qu'intervenait la forte augmentation des prix normalisés du 16 Septembre 1946 (qui les avait presque triplés). Cette majoration des prix entraînait, pour les groupes moyen et inférieur du salariat et à plus forte raison pour les pensionnés, une augmentation massive du coût de la vie. Elle a été partiellement compensée par une élévation générale de 60 roubles par mois des pensions des invalides résidant dans les villes.

On ne mentionne plus enfin que les dispositions très restrictives réglementant la détermination du taux d'invalidité, qui aboutissent à maintenir un grand nombre d'invalides dans une anxiété permanente; l'invalidité des hommes âgés de moins de 60 ans et des femmes âgées de moins de 55 ans fait l'objet de contrôles continuels :

- tous les ans pour les invalides du groupe I,
- tous les six mois pour les invalides des groupes 2 et 3.

Un dernier mot de cette législation concernant les accidents du travail :

Si un invalide accident vient à mourir, un droit à pension est ouvert aux survivants qui étaient à sa charge, étant incapables de travailler; le droit à pension n'étant pas ouvert en U.R.S.S. pour les héritiers en tant que tels.

---

## C O N C L U S I O N

---

1/- Au terme de ce travail, il se dégage la notion que chaque pays répare, à sa manière, les conséquences des accidents dont sont victimes des travailleurs.

Depuis ses origines, la notion d'accident du travail a fait son chemin et l'évolution des diverses législations répond aux impératifs de l'évolution des techniques qui a multiplié les risques et augmenté la gravité des accidents.

2/- En France, plusieurs barèmes demeurent en présence, nous dirions presque en concurrence. A l'avenir, une synthèse doit les rassembler et permettre aux experts une simplification d'un travail déjà assez ardu par lui-même.

3/- Le problème de l'unification des barèmes d'invalidité a déjà été posé au Congrès de Strasbourg de 1954, mais ne semble pas avoir encore reçu d'application pratique.

4/- Les différentes législations étrangères (nous avons passé en revue rapidement trois de celles-ci) nous permettent de dire que la France n'est pas en retard dans le domaine de la prévention sociale mais que plusieurs étapes restent encore à franchir.

---

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur  
de l'Académie de Paris,

J. SARRAILH

Le Doyen de  
la Faculté de Médecine,

L. BINET

Le Président de  
la thèse,

R. PIEDELIEVRE

B I B L I O G R A P H I E

---

- FORGUE (E.) et JEANBRAU (E.) - Guide pratique du Médecin dans les Accidents du Travail.- Masson et Cie, Editeurs, 1924.
- BRISARD, FAUQUEZ, GRAS - Echelle de gravité et taux des Incapacités permanentes.- J.B. Baillière et Fils, Paris 1934.
- Divers barèmes à appliquer aux Infirmes et Malades de la guerre 1914-1919 - Charles Lavauzelle et Cie, Editeurs, Paris, 1933.
- MAYET (Lucien) - Barèmes des accidents du travail et des maladies professionnelles.- 7me édition ; A. Poinat, Editeur, Paris 1948.
- Guide barème indicatif des Invalidités - Masson et Cie, Editeurs, Paris 1947.
- Fichier confédéral de Documentation - 198, Avenue du Maine, Paris (XIV°).
- Systèmes de Sécurité Sociale - Etats-Unis - Bureau International du Travail, Genève 1954.
- Systèmes de Sécurité Sociale - Nouvelle-Zélande - B.I.T. - Genève 1950.
- SCHWARTZ (Solomon) - Les ouvriers en Union Soviétique. Librairie Marcel Rivière et Cie, Paris 1956.
- Les Institutions sociales de la France - La Documentation française, 14-16, Rue Lord-Byron, Paris (8°), 1955.

DESOLLE (Henri) - Médecine du Travail et Maladies  
professionnelles.- Editions Médicales Flamma-  
rion, Paris 1957.

Code de la Sécurité Sociale - J.O. de la République  
Française, 31, Quai Voltaire, Paris ; 1956.

SIMONIN (Professeur) - Médecine du Travail.-  
Librairie Maloine, 2me édition, Paris 1956.







